Министерство Просвещения РФ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Московский государственный психолого-педагогический университет»
Учреждение образования «Гродненский
государственный медицинский университет» (Беларусь)
Армянский государственный педагогический
университет имени Хачатура Абовяна (Армения)
Союз охраны психического здоровья
При поддержке Федерального Медико-биологического агентства
Российской академии образования

К 125-летию со дня рождения
Блюмы Вульфовны Зейгарник

Зейгарниковские чтения

Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы

Материалы международной
научно-практической конференции
Москва, 13–15 ноября 2025 года

Министерство Просвещения РФ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Московский государственный психолого-педагогический университет»
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет» (Беларусь)
Армянский государственный педагогический
университет имени Хачатура Абовяна (Армения)
Союз охраны психического здоровья
При поддержке
Федерального Медико-биологического агентства
Российской академии образования

К 125-летию со дня рождения
Блюмы Вульфовны Зейгарник

ЗЕЙГАРНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ: ВЫЗОВЫ И РЕСУРСЫ

Материалы II международной
научно-практической конференции
Москва, 13–15 ноября 2025 года

Москва
2025

ББК 88.8
УДК 159.9
З-47

Редакционная коллегия:

Холмогорова А.Б., доктор психологических наук, профессор (отв. редактор)
Пуговкина О.Д., кандидат психологических наук
Зверева Н.В., кандидат психологических наук
Рощина И.Ф., кандидат психологических наук
Рычкова О.В., доктор психологических наук
Москачева М.А.

З-47 Зейгарниковские чтения. Клиническая психология в современном мире : вызовы и ресурсы : Материалы II международной научно-практической конференции. Москва, 13–15 ноября 2025 г. / Под ред. Холмогоровой А.Б., Пуговкиной О.Д., Зверевой Н.В., Рощиной И.Ф., Рычковой О.В., Москачевой М.А. – М. ФГБОУ ВО МГППУ, 2025. – 586 с.

ISBN 978-5-94051-383-4

Сборник сформирован по материалам второй международной научно-практической конференции «Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы», которая состоялась 13–15 ноября 2025 г., – в год 125-летия со дня рождения Блюмы Вульфовны Зейгарник, ближайшей соратницы Л.С. Выготского, основательницы культурно-исторического направления в клинической психологии. Разнообразие тем и направлений, широкая география учреждений образования, здравоохранения и социальной сферы, которые представляют авторы, свидетельствуют о важном значении конференции для профессионального сообщества. Для медицинских (клинических) психологов, психотерапевтов, врачей, дефектологов, социальных педагогов, социальных работников, практикующих психологов, преподавателей высших учебных заведений, аспирантов, магистрантов, студентов.

ББК 88.8
УДК 159.9

ISBN 978-5-94051-383-4

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», 2025

Оглавление

Абитов И.Р.
Общие факторы эффективности оказания психологической помощи как предмет междисциплинарного исследования 19

Агеева А.А.
Родительская поддержка и самоэффективность детей в трудной ситуации 23

Агишева А.А.
Травматическая утрата и утрата, ставшая травмой: феноменология и диагностика 26

Абросимов И.Н, Ялтонский В.М., Сирота Н.А.
Саморегуляция и психологическое благополучие пациентов с сахарным диабетом 2 типа 30

Алексеев И.А.
Анализ нарушений когнитивных функций при шизофрении и НПВ-индуцированных психозах 34

Плотникова М.В., Андреева О.С.
Специфика подготовки дефектологов в условиях индивидуальных образовательных траекторий 38

Архангельская В.В.
Изменения временной перспективы личности у пациентов с онкологическим диагнозом 42

Бадалов А.А., Бровкина С.Н.
Патопсихологические и нейрофизиологические основы нарциссизма с точки зрения теории психофизиологического изоморфизма 46

Баженова Д.А., Горшкова М.Ю., Комарова Е.Д.
Сравнительный анализ уязвимых доменов когнитивного функционирования у нормативной выборки разных возрастных групп 49

Балашова Е.Ю.
О некоторых аспектах развития методологии синдромного анализа в клинической психологии 52

Баранова А.В., Майорова Е.М.
Особенности психологического благополучия
у студентов, имеющих разный уровень притязаний 56

Барзунова В.В., Филоненко Е.В.
Психологические характеристики
пациентов с депрессией: гендерные различия 59

Бердичевский А.А., Тарасова О.Н.,
Сможенкова В.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.
Профессиональное выгорание
медсестер с высоким и низким уровнем
созависимости в условиях работы с участниками СВО 62

Бичевина Д.С.
Влияние деперсонализации и алекситимии
на чувство принадлежности собственного
тела у пациентов с психическими расстройствами 65

Богачева О.И., Иванов М.В.
Отношение отцов к болезни ребенка
с расстройством аутистического спектра 69

Богусловская А.С., Тагильцева Е.В.
Особенности проявления жизнестойкости у пациентов
с синдромом зависимости от синтетических психостимуляторов 73

Бойко О.М., Ениколопов С.Н.,
Медведева Т.И., Кузнецова С.О., Воронцова О.Ю.
Изменение ценностных ориентаций
и их связь с легитимизированной агрессией у молодежи 77

Бойко О.М., Медведева Т.И.,
Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н.
Этические аспекты использования Искусственного
Интеллекта (ИИ) в практике психологической помощи 81

Ботова Ю.Б., Ермолаева А.В.
Психолого-педагогические приемы развития эмоциональной
грамотности участников СВО и членов семей как условие
достижения более высоких результатов в социальной
реабилитации и возвращения к созидательному труду 84

Бровкина С.Н., Бадалов А.А.
Психофизиологические аспекты VIR-типа личности:
к вопросу о нейрофизиологических основах одаренности 87

Брюхова Н.Г., Агафонова С.В.
Нравственные и этические проблемы профессиональной деятельности в направлениях психологической науки 91

Булыгина М.В., Апреликов Д.Д.
Самоотношение и представление о психологической поддержке у подростков с самоповреждающим поведением 94

Булыгина М.В., Лапина А.М.
Представления молодежи о психологической поддержке близких и отношение к собственному телу 98

Варламов А.В., Баранова А.В.
Изменение поведения человека после серии погружений в VR ролевую игру 102

Васильева А.В., Барт Д.А.
Негативная аффективность как индивидуально-психологическое перекрестье тревожных и аффективных расстройств 105

Васильева В.И.
Временная перспектива и толерантность к неопределенности в период юности и ранней взрослости 108

Воликова С.В., Балакина С.Н., Снегирёва Т.В.
Прокрастинация как стратегия совладания с тревогой в студенческой популяции 111

Воробьева Е.В.
Оценка выраженности нарушений адаптации у студентов-клинических психологов 114

Гамзаева М.И.
Соматическое заболевание как психотравмирующее событие 117

Глуховскова О.В.
Пропедевтические технологии в инклюзивном образовании: проблемы и ресурсы 120

Говоров С.А., Солондаев В.К., Иванова Е.М.
Способность к генерации юмора в стрессовых ситуациях у психиатрических пациентов с депрессивным синдромом 123

Гончаренко А.С.
Особенности метакогнитивного восприятия и копинг стратегий у женщин с онкологическим заболеванием 127

Горнушенков И.Д., Бритова В.С., Коваль-Зайцев А.А.
Применение Терапии принятия и ответственности
для снижения симптомов дистресса у родителей
детей с расстройствами аутистического спектра 130

Горнушенков И.Д., Коваль-Зайцев А.А.
Прагматическая функция речи больных
шизофренией (нейропсихологическое исследование)..... 133

Горнушенков И.Д, Плужников И.В.
Шкала Реальности-Фантазии для теста Роршаха:
опыт применения для оценки нарушения когнитивно-аффективных
взаимодействий при расстройствах шизофренического спектра..... 136

Гочев А., Филимонова О.С., Блюм К.Я.
Психологическая помощь лицам с посттравматическим
стрессовым расстройством методом психодрамы 139

Гребень Н.Ф.
Нормальное и патологическое старение:
в поисках критериев и нормативных границ 142

Гутцайт Е.Л., Бакланов М.А., Парфенова Д.А.
Межличностные отношения и эмоциональная
направленность студентов-педиатров..... 146

Данилина К.К.
Расстройства аутистического спектра
у детей с синдромом Мартина-Белл..... 150

Дергачёва А.В.
Сравнения представлений о холоде у пожилых людей,
занимающихся и не занимающихся закаливанием..... 153

Джавадова Э.И., Ильина А.А.
Особенности отношения современных
подростков и их родителей к теме ментального
здоровья и психолого-психиатрической помощи 157

Диденко М.А.
Роль клинического психолога в педиатрической практике..... 160

Димитрова К.В.
Роль личностных ресурсов в оценке болезни
как угрозы у пациентов с бронхиальной астмой 163

Добряков И.В.
Проведение цикла бесед-лекций для старшеклассников,
их родителей и преподавателей о проблемах полового созревания.... 166

Дозорцева Е.Г., Федонкина А.А.,
Бадмаева В.Д., Чибисова И.А.
Подростки с особенностями психического развития,
совершившие диверсии под влиянием интернет-среды..... 170

Дорофеева Е.А.
Использование методов социально-психологического
тренинга при профилактике синдрома эмоционального
выгорания у специалистов помогающих профессий..... 174

Дроздова Д.С., Сычева Т.Ю.
Особенности когнитивной сферы
у подростков с неврологическими нарушениями 177

Ермакова Е.Н., Черенева Е.А.
Семейная среда как способ профилактики
нарушений эмоционального интеллекта
у детей с тяжелыми нарушениями речи..... 180

Ермолаева А.В.
Хроническая травма и ее влияние
на личность: феноменология комплексного
посттравматического стрессового расстройства..... 184

Ефремова Н.Н.
Ресурсная Активация Ощущений (РАО) и Групповая
Социально -Сенсорная Интеграция (ГССИ) как методы
коррекции неконструктивного социального взаимодействия
и поведения детей в системе «родитель–ребенок-социум» 188

Жемчугова И.И.
Тренировка рабочей памяти
как вспомогательный метод развития эмоциональной
саморегуляции у детей с задержкой развития..... 192

Жигэу Е.И.
Связь субъективного благополучия и характера копинг-стратегий 196

Жмыхова А.С., Сычева Т.Ю.
Особенности эмоционально-личностной
сферы подростков с неврологическими заболеваниями 200

Захарьян Е.А.
Личностные характеристики
пациентов с ишемической болезнью сердца:
внутренняя картина болезни, толерантность
к неопределенности, стратегии совладания со стрессом 204

Захарова М.Л., Иванов П.И.
Специфика психологического сопровождения
пациентов с опухоль-ассоциированной эпилепсией 208

Зверева Н.В., Орлова Е.А.
Способность к интерпретации невербального поведения
и уровень социальной тревожности у подростков 14–16 лет 212

*Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Зозуля С.А.,
Клак Д.С., Суркова К.Л., Зверева М.В., Кобзова М.П.*
Комплексное исследование
детей и подростков, рожденных с помощью
вспомогательных репродуктивных технологий 216

Земзюлина И.Н., Дремова С.А.
Уровень переживаемого одиночества и тревожности
у старших подростков, склонных к аддиктивному поведению 220

Золотарева А.А.
Значение восприятия болезни,
ее причин и последствий в соматическом и психологическом
дистрессе у людей с болезнями органов пищеварения 223

Иконина А.С., Якименко М.В.
Формирование представления о взаимосвязи уровня
креативности с переживанием «состояния потока»
у студентов высших учебных заведений 226

Калантарова М.В., Петренко М.А.
Произвольные мимические движения у пациентов
с острыми сосудистыми поражениями головного мозга 229

Каменец И.А.
Интерактивный метроном в работе с дефицитом внимания
у младших школьников с гипердинамическим синдромом 233

Карпова Э.Б., Фролова А.Э.
Цифровой эскапизм у молодёжи:
опыт разработки и апробация методики измерения 237

Кленкова А.Д.
«Специфические» и «универсальные» профили посттравматического роста у онкологических пациентов 241

Коваль-Зайцев А.А., Бритова В.С., Горнушенков И.Д., Тыдень Е.А.
Возможности применения эмоциональных изображений при исследовании эмоциональной сферы подростков – пациентов психиатрического стационара 244

Коломыцев Д.Ю.
Цена простых ответов: как редукционизм обедняет практику и замыкает психиатрию в себе 248

Кольцова О.В., Масленникова С.А.
Социально-психологическая реабилитация глазами студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», и их отношение к производственной практике 251

Комарова А.Н.
Возможности и перспективы использования шкалы «душевная боль» в клинике с целью определения уровня суицидального риска 255

Константинова И.С.
О специфике нейропсихологической коррекции в форме музыкального занятия для ребенка с ТМНР 258

Кошанская А.Г.
Особенности оказания психологической помощи больным сахарным диабетом 2 типа 262

Кузнецова-Фетисова А.А., Польская Н.А.
Связь между самоповреждающим поведением, параметрами я-концепции и диспозиционной осознанностью у подростков с аффективными и невротическими расстройствами 266

Лагун Е.С.
Взаимосвязь жизнестойкости и феномена самозванца у студенток медицинского университета 270

Ларин И.А., Ковязина М.С.
Специализированный нейропсихологический тренинг для пациентов с нарушением мониторинга как компонента регуляторных функций 273

Ларина М.А.
Клинико-психологические особенности
личности пациентов, больных наркоманией и алкоголизмом 277

Логачева А.А., Глазкова Т.Н.
Опыт внедрения новых форм профилактики
суицидального и аутоагрессивного поведения подростков 280

Логинова Е.Д., Фаустова А.Г.
Когнитивные паттерны аддиктивной идентичности пациентов
с психическим расстройством вследствие употребления ПАВ..... 283

Лошакова М.С., Рудь М.В.
Формирование когнитивного компонента
социальной зрелости студентов-дефектологов 286

Лутова Н.Б., Бахматова А.И.,
Щербина С.Н., Ченский И.С., Макаревич О.В.
VR как способ коррекции трансдиагностических аффективных
психопатологических феноменов: пилотное исследование..... 289

Мазур Д.А., Бурлакова Н.С.
Современное родительство в век
Вспомогательных Репродуктивных Технологий (ВРТ) 292

Макаль С.С., Гольдин Б.Г.
Взаимосвязь эмоционального интеллекта
и коммуникативной компетентности у родителей детей с ОВЗ 295

Мамедов Т.Н., Мохначева Я.В.
Анализ эффективности психокоррекционных интервенций
в выборке подростков с несуицидальным самоповреждением 299

Мохнина В.В.
Клинико-психологические аспекты
работоспособности работников атомной
промышленности в контексте профессионального здоровья 302

Мезенцева Д.Д., Исаева Е.Р.
Апробация проективной
методики диагностики социального познания
при расстройствах шизофренического спектра 306

Мелёхин А.И.
Образ тела и самокритика у женщин
при хроническом синдроме раздраженного кишечника..... 309

Миняйчева М.В., Пуговкина О.Д.
Переживание одиночества и выраженность суицидальных мыслей у пациентов с депрессией с разным стажем заболевания 314

Михайлова И.А.
Кибербуллинг – актуальная проблема современной эпохи 318

Михайлова И.А.
Ранняя профориентация школьников как первый этап качественной подготовки психологических кадров 322

Михеева Е.В.
Т-игровая супервизия как метод оптимизации подготовки психологов(теоретический аспект) 326

Наумов Н.Н., Исангалиева И.М.
Нейрофизиологические и когнитивные аспекты принятия решений в моральных дилеммах у участников с биполярным аффективным расстройством 331

Немкова С.Л., Иванова Е.М.
Терапевтический потенциал юмора и самосострадания 335

Нечипоренко Е.Ю., Цыганкова П.В., Иванова Е.М.
Шизофренический патопсихологический синдром в свете современной социокультурной трансформации: к вопросу о диагностических критериях 339

Никольская О.С., Баенская Е.Р.
Патопсихологические основы эмоционально-смыслового подхода к психологической помощи при аутизме 343

Носань-Никольская А.Я., Фаустова А.Г.
Особенности когнитивного контроля у молодых взрослых, переживших эмоциональное насилие в детстве 347

Мишин И.Н., Кустов Г.В.,
Турчинец А.М., Герсамия А.Г., Зинчук М.С.
Психометрические характеристики русскоязычной версии шкалы самооценки когнитивных функций CFSS 351

Озерина А.А., Максимова О.В.
Особенности совладающего поведения при разной выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у военных 355

Ольховская Е.С.
Феноменология кризиса и личностного роста
в опыте онкопациентов: экзистенциально-аналитический подход 359

Пеева О.Д., Проничева М.М.
Особенности идентификации с героем
в моделируемых конфликтных ситуациях у лиц
с аффективными расстройствами в зависимости от пола 362

Пенцак Ю.Ю., Холмогорова А.Б., Евдокимова О.Л., Гринь А.А.
Симптомы посттравматического стресса
у пациентов с церебральными менингиомами,
направленных на стереотаксическую радиохирургию 366

Пенявская А.В.
Особенности психологического сопровождения
детей с сахарным диабетом: основные принципы и задачи 370

Переверзева Д.С., Хаустов А.В.
Протокол психолого-педагогического
консультирования детей и подростков с РАС 374

Переправина Ю.О.
Психологическая уязвимость лиц, страдающих
психическими заболеваниями: от судебно-психологической
экспертной оценки к превентивным целям 376

Пестряков А.Д., Ершов Б.Б.
Ипохондрические переживания студентов
медицинского университета в зависимости от индивидуально-
психологических и социально-демографических характеристик 379

Пирогова А.С., Холмогорова А.Б., Мачалов А.С.
Уровень и основные факторы дистресса у участников
СВО, госпитализированных по поводу акубаротравмы 382

Плотников С.С.
Актуальность организации
психологического сопровождения и поддержки
сотрудников на станции скорой медицинской помощи 386

Погонцева Д.В.
Киберлукизм – самоирония как способ совладания 390

Подлипная А.Р., Карпова Э.Б.
Субъективная оценка негативного
детского опыта и актуального психического
благополучия у взрослых в связи со стратегиями совладания 393

Польская Н.А.
Методологические и технические
аспекты применения экологической моментальной
оценки (ЕМА) в исследованиях с участием подростков 397

Полякова И.В.
Аутоагрессия в подростковом возрасте 401

Пономаренко И.В., Лазюк И.В., Матвеева И.А.,
Чупрунова М.А., Слезнова П.А., Минеева Л.И.
Исследование взаимосвязи уровня социально-психологической
адаптации и стратегий поведения в межличностном конфликте
студентов первого года обучения лечебного факультета 404

Пстыга Я.И.
Переживание утраты близкого:
посттравматический стресс, рост и смысложизненный кризис 408

Рахманина А.А.
Факторы эмоционального неблагополучия,
связанного с неудовлетворенностью своей внешностью 412

Решетова Т.В., Лаптева Е.С., Степанова А.Н.
Ресурсные и психокоррекционные
возможности нарративного метода работы
с биографией, сближающего пожилых и молодых людей 415

Рогачева Т.В.
Восприятие ребенком-инвалидом реабилитационного процесса 419

Рогоза Е.В.
Соотношение субъективных
и объективных нарушений познавательных процессов
у пациентов с умеренным когнитивным расстройством 422

Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д.
Пятилетнее исследование динамики
когнитивной сферы у родственников 1-й степени
родства пациентов с болезнью Альцгеймера 425

Сафуанов Ф.С.
Методология судебной психолого-психиатрической экспертизы 429

Сбитнев М.Э., Шперлинь А.В.
Взаимосвязь осмысленности жизни
и экзистенциальной исполненности у подростков 433

Семенова Д.В.
Апробация исследования взаимосвязи
иррациональности и комплаенса у пациентов
с сердечно-сосудистой патологией в разные периоды взрослости 437

Сергиенко А.А., Хромов А.И., Строгова С.Е.
Нейропсихологические корреляты субшкал
теста Векслера в детском и подростковом возрасте 440

Сирота Н.А., Фетисов Б.А.
Личностные копинг-ресурсы пациентов
с разным уровнем неопределенности в болезни 444

Скиртач И.А.
Стратегии когнитивной регуляции
эмоций у молодых людей, склонных
к самоповреждающему поведению 447

Смерчинский С.В., Трегубенко И.А., Исаева Е.Р.
Различия в структуре метакогнитивного
уровня у лиц с расстройством личности и лиц
с невротическими, стресс-ассоциированными расстройствами 450

Снегирева Т.В., Воликова С.В., Соколова И.В.
Обращение студентов технического
вуза за психологической помощью 452

Соколова И.В.
Социально-психологические детерминанты
проявления геронтологического эйджизма 455

Соловьева А.А., Анохина П.В.
Вопросы совершенствования качества
подготовки клинических психологов 459

Соловьева С.Л.
Актуальные проблемы психологической
диагностики в клинике внутренних болезней 462

Сорокина С.А., Сычева Т.Ю.
Особенности восприятия
у дошкольников с общим недоразвитием речи 465

Сорокоумова Е.А., Ферапонтова М.В.
Исследование профессионального
выгорания государственных служащих 469

Степанов А.К., Великодворская Е.В.
Контролирующее поведение в цифровом пространстве
как механизм совладания с романтическим расставанием 472

Суворова Э.А., Шаболтас А.В.
Психологические факторы успешности
краткосрочного стационарного лечения пациентов
с коксартрозом: мотивационный и личностный аспекты..... 475

Султанова А.Н., Протодьяконова Н.М.
Особенности эмоциональной сферы
как предикторы дезадаптации нейроотличных детей 479

Сурьянинова Т.И., Шаталова Е.В.
Особенности самоотношения
у женщин, склонных к созависимости..... 483

Сухоруков С.Д., Голованова И.В.
Невербальная синхронизация как потенциальный
индикатор качества психотерапевтической сессии..... 486

Тарасова Д.А.
Роль моторно-зрительного
латерального профиля в структуре факторов
риска формирования трудностей счета у младших школьников..... 489

Титова И.И.
О результатах скрининговой психодиагностики онкопациентов 492

Тихонова С.С.
Время просмотра картин и эмоциональное
состояние пользователей чат-бота психологической самопомощи..... 495

Тувина И.С.
Психическое здоровье молодежи в эпоху
цифровой трансформации: барьеры обращения за помощью
(на примере северокавказских студентов психологических
специальностей и иных направлений подготовки)..... 498

Тюляндина Е.В., Агибалова Т.В., Масякин А.В., Булгаков И.М.
Психиатрические особенности женщин
с алкогольной зависимостью и социальным
неблагополучием: роль личностных расстройств..... 502

Украинец О.В., Чиркова Ю.В.
Исследование зрительного предметного восприятия в условиях
групповой нейропсихологической диагностики в начальной школе 505

Федосеева Т.Е., Никитина А.А., Маннанова Е.А.
Взаимосвязь тревожности и профессионального самоопределения старших подростков из полных и неполных семей 508

Филоненко Е.В., Хорзова М.А.
Индивидуально-психологические особенности у пациентов с сахарным диабетом 511

Фомина А.А., Аршинова А.Д.
Имплицитная модель «другой как объект» и уровень агрессии у людей с симптомами пограничного расстройства личности 515

Харламенкова Н.Е.
Синхронность и асинхронность переживаний посттравматического стресса в диаде ребенок–родитель 518

Хоменко К.М.
Опыт применения зеркальной терапии в реабилитации пациентов трудоспособного возраста с постинсультной плегией в области кисти 522

Хохлов Н.А.
Связь возраста начала обучения чтению с состоянием психических функций у детей и подростков 4–17 лет 525

Чередникова Т.В.
Зейгарник: интеграция классики в современный контекст понимания мышления при шизофрении 529

Чернова Е.Н., Лазюк И.В.
Взаимосвязь личностных особенностей и копинг-стратегий у пациентов гастроэнтерологического профиля 533

Шахова А.В.
Орторексия как методологический вызов клинической психологии 537

Швецова К.А., Филоненко Е.В.
Особенности поведения у пациентов с шизофренией в конфликтных ситуациях 541

Шевлякова Д.Д., Лазюк И.В.
Особенности самоотношения у детей с ограниченными возможностями здоровья 544

Шеманов А.Ю.
Сознание – модус бытия в качестве человека 547

Шеховцова Е.С., Гиленко Т.Д.
Нозологическая специфика
мотивационно-смысловой сферы как критерий
способности к осознанной регуляции своих действий 551

Шипкова К.М., Галанина Н.А.
Особенности нейрокогнитивного профиля здоровых
лиц разного возраста, гендера и уровня образования 555

Щелчкова Д.А., Филоненко Е.В.
Особенности эмоционального интеллекта
у пациентов с личностными расстройствами..... 558

Юров И.А.
Копинг-стратегии участников СВО в состоянии ПТСР 561

Якубовская Д.К.
Зарубежные методики оценки образа
тела у пациентов с психическими расстройствами 565

Ялтонский В.М., Горбанева М.В.
Исследование восприятия астмы мальчиками-подростками
с контролируемой и неконтролируемой астмой..... 569

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Крюкова Л.В.
Восприятие женщинами зависимости
от алкоголя и стратегии её преодоления..... 572

Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Куликова Е.А.
Сравнительное исследование ранних
адаптивных схем зависимых от алкоголя 575

Фанталова Е.Б.
Диагностические возможности методики
«Уровень соотношения ценности и доступности»
при исследовании различных контингентов в норме и патологии..... 579

Сиснёва М.Е.
Восстановление дееспособности лиц,
проживающих в социальных домах (бывших ПНИ):
возможности комплексной реабилитации и юридической помощи..... 582

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 2025 году отмечается 125-летие со дня рождения Блюмы Вульфовны Зейгарник (1900–1988), выдающегося психолога, соратницы Л.С. Выготского и основательницы культурно-исторического направления в клинической психологии. Ее научное наследие и сегодня остается фундаментом для развития различных разделов психологической науки и практики, особенно клинической психологии.

В честь этой юбилейной даты Московский государственный психолого-педагогический университет совместно с партнерами организовал II Международную научно-практическую конференцию «Зейгарниковские чтения. Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы». Цель конференции – как рассмотрение теоретических вопросов, связанных с осмыслением вклада Б.В. Зейгарник в развитие клинической психологии на современном этапе, так и решение практических задач, поставленных перед специалистами в области психического здоровья вследствие значимых изменений в современной жизни – ее прекарности, цифровизации, глобальных катаклизмов, информационных перегрузок и др.

Одним из значимых итогов конференции является публикация настоящего сборника тезисов, подготовленных ведущими специалистами, исследователями и практиками в области клинической психологии и из смежных отраслей, что в очередной раз подчеркивает интегративный характер наук о психическом здоровье.

Тезисы посвящены наиболее актуальным и значимым темам и рассматривают следующие вопросы: методология клинической психологии, проблемы диагностики и психотерапии, интеграция клинической психологии в медицину, психологические факторы психических расстройств, этические аспекты психологической помощи, инновационные подходы к психосоциальной реабилитации, проблемы подготовки клинических психологов и многое другое.

Данный сборник тезисов отражает многогранность и глубину обсуждаемых тем и служит важным инструментом для профессионального сообщества в обмене знаниями и опытом. Организаторы конференции выражают надежду, что конференция и представленные в этом сборнике материалы будут способствовать дальнейшему развитию клинической психологии и улучшению качества психологической помощи в России и за ее пределами.

Для медицинских (клинических) психологов, психотерапевтов, врачей, дефектологов, социальных педагогов, социальных работников, практикующих психологов, преподавателей высших учебных заведений, аспирантов, магистрантов, студентов.

Общие факторы эффективности оказания психологической помощи как предмет междисциплинарного исследования*[1]

Абитов И.Р.
Казанский (Приволжский) федеральный университет
Казань, Россия
ildar-abitov@yandex.ru

Ключевые слова: общие факторы, эффективность оказания психологической помощи, междисциплинарное исследование

General Factors of Effectiveness in Providing Psychological Assistance as a Subject of Interdisciplinary Research

Abitov I.R.
Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia
ildar-abitov@yandex.ru

Keywords: general factors, effectiveness of psychological assistance, interdisciplinary research

В настоящее время в условиях острых социально-политических конфликтов, психологических и медицинских последствий пандемии, высокой информационной нагрузки и повышающегося темпа жизни психологическая помощь является одним наиболее социально значимых средств поддержания психологического благополучия и сохранения психического здоровья населения России. При этом необходимо отметить, что после работ Smith M.L., & Glass G.V. и Wampold B.E. [1, 2], которые пришли к выводу, что различные методы психотерапии демонстрируют примерно одинаковую эффективность (или сравнимы друг с другом по эффективности), внимание исследователей переключилось на факторы, которые лежат вне методов оказания психологической помощи, названные впоследствии общими факторами.

Авторы предлагают различные классификации общих факторов. Так Lambert M.J. и Barley D.E. провели метаанализ и выделили 4 группы

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-18-00942, https://rscf.ru/project/25-18-00942/.

факторов, влияющих на эффективность психотерапии: экстратерапевтические факторы, эффекты ожидания, специфические методы терапии и терапевтические отношения. Авторы подчеркивают, что терапия – это межличностный процесс, в котором основным компонентом является характер терапевтических отношений [3].

Р.Дж. Бейли и Б.М. Оглс рассматривают возможность создания психотерапии общих факторов, в качестве теоретических оснований имеющую теорию общих факторов, а в качестве основного инструмента использующую мотивационное интервью. Авторы выделяют такие общие факторы, влияющие на эффективность психотерапии, как: терапевтические отношения (включая мультикультурные компетенции терапевта), мотивацию клиента (включая стадию изменений, на которой он находится, мотивы обращения за помощью), корректирующий опыт (эмоциональный аспект терапевтических изменений), инсайт (когнитивный аспект терапевтических изменений) и воспринимаемую самоэффективность клиента [4].

Отечественные авторы в последние годы также стали обращать большее внимание на общие факторы эффективности психотерапии. А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян и О.Д. Пуговкина выделяют следующие факторы, определяющие ее эффективность: факторы, связанные с процессом психотерапии, факторы, связанные с характеристиками пациента и терапевта, особенности рабочего альянса. Среди факторов, связанных с эффективностью процесса психотерапии авторами рассматриваются такие, как домашние задания, степень структурированности терапевтического процесса и ориентированность интервенций на инсайт или на симптомы. К факторам, связанным с характеристиками пациента, авторы относят социодемографические характеристики, диагноз и степень тяжести симптомов, личностные характеристики, особенности межличностных отношений. В данной работе рассматривались такие характеристики терапевта, влияющие на эффективность терапии, как демографические данные, тип подготовки и профессиональный опыт, коммуникативный стиль и личностные качества. Авторы рассматривают терапевтический альянс и его компоненты как отдельный фактор, влияющий на эффективность психотерапевтического взаимодействия [5].

Необходимо отметить, что экспериментальные исследования влияния общих факторов на эффективность психотерапии представлены в основном в зарубежной литературе. Российские исследователи проводят в основном анализ данных, полученных при исследовании не русскоязычных выборок. Для устранения данного пробела в научном знании мы планируем организовать и провести междисциплинарное исследование влияния общих факторов на эффективность оказания психологической помощи наиболее нуждающимся в ней категориям

населения (молодым людям, находящимся в состоянии психологической дезадаптации; родителям, имеющим затяжные конфликты с детьми; пациентам с хроническими соматическими заболеваниями; членам семей участников специальной военной операции). В рамках междисциплинарного исследования планируется рассмотреть следующие факторы:

1. Социально-демографические характеристики клиента (пол, возраст, наличие обращений за психологической помощью ранее).
2. Нозологическая форма психического расстройства (в случае его наличия). Данный фактор будет исследоваться врачом-психотерапевтом с использованием клинико-биографического метода.
3. Личностные характеристики клиента (самоэффективность и потенциал самоизменений).
4. Характеристики взаимоотношений между терапевтом и клиентом (пациентом) в процессе оказания психологической помощи и их изменения. Планируется разработка методики исследования терапевтических отношений, предполагающая оценку отношений обоими их участниками. Также планируется создание методики оценки терапевтического альянса, основанной на анализе их свободной речи. Методика будет включать в себя анализ письменных ответов на серию вопросов клиента и терапевта с прогнозированием возможных коммуникативных неудач. Данная задача будет решаться участвующими в проекте лингвистами.
5. Мотивация получения психологической помощи. Для этой цели будет переведена и адаптирована для российской выборки методика «Client Motivation for Therapy Scale» (L.G. Pelletier, K.M. Tuson, N.K. Haddad).
6. Характеристики проблемной ситуации и ее оценка клиентом. Планируется рассмотреть такие характеристики, как ее субъективная валентность, контролируемость, изменчивость, неопределенность, повторяемость, осведомленность.
7. Коммуникативный (лингвистический) фактор. К нему относятся все значимые характеристики речи клиента (пациента) и терапевта на разных этапах оказания психологической помощи. Задачи, касающиеся данного фактора, будут решаться лингвистами.

На основе полученных результатов планируется разработать российскую комплексную (междисциплинарную) модель общих факторов, влияющих на эффективность оказания психологической помощи.

Литература

1. Smith M.L., & Glass G.V. (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32, P. 752–760.

2. Wampold B.E. (2012) The Basics of Psychotherapy: An Introduction to Theory and Practice. 1st ed. Published by the American Psychological Association, 141 p.
3. Lambert M.J., & Barley D.E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J.C. Norcross (Ed.), Psychotherapy Relationships That Work (pp. 17–32). Oxford: Oxford University Press.
4. Бейли Р.Дж., Оглс Б.М. (2024) Общие факторы эффективной психотерапии. Комплексный подход к лечению. СПб.: ООО «Диалектика», 304 с.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Пуговкина О.Д. (2022) Исследования эффективности психотерапии психических расстройств: история и современное состояние проблемы. М.: Неолит, 2022, 240 с.

Родительская поддержка и самоэффективность детей в трудной ситуации

Агеева А.А.
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
a.ageeva_psy@mail.ru

Ключевые слова: родительская поддержка, самоэффективность, развитие личности ребенка

Parental support and self-efficacy of children in difficult situations

Ageeva A.A.
Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia
a.ageeva_psy@mail.ru

Keywords: parental support, self-efficacy, child's personality development

Введение. В повседневной жизни ребенка содержатся кризисные периоды и трудные ситуации, преодолевая которые он приобретает опыт и делает шаги в своем развитии. Важным компонентом успешного преодоления возникающих трудностей кроме необходимых знаний и умений является вера в эффективность собственных действий или «самоэффективность», определяющая поведение ребенка. Ребенок может проявлять активность тогда, когда уверен в своих способностях и верит в успех своих действий. И напротив, будет бояться и избегать тех ситуаций, с которыми, по его мнению, не сможет справиться [A. Bandura, 1982]. В.Г. Ромек описывает данную характеристику как уверенность в себе, выражающуюся в «позитивной субъективной оценке индивидом собственных навыков и способностей как достаточных для достижения значимых для него целей» [В.Г. Ромек, 1997].

Трудные ситуации ребенок часто преодолевает с поддержкой взрослого, прежде всего родителя. Поддержка может выражаться в виде ободрения, утешения, предложения конкретных инструкций или совместного обсуждения возможных вариантов разрешения трудной ситуации. Иногда за поддержку выдают устрашение, критику или порицание

за неспособность ребенка справляться самостоятельно, предполагая повысить мотивацию ребенка к преодолению трудности «от противного». Исходя из содержания родительской поддержки, описаны различные стратегии: антиподдержка, формальная, инструментальная, эмпатическая, рефлексивная, инструментально-эмпатическая и рефлексивно-эмпатическая поддержка. Эффективность описанных стратегий родительской поддержки в контексте разрешения трудных ситуаций и дальнейшего развития ребенка различна [В.К. Зарецкий, А.А. Агеева, 2021], что позволяет предположить наличие связи различных стратегий родительской поддержки и уровня самоэффективности (уверенности в себе) детей в процессе преодоления трудных ситуаций.

Выборка и методы. В исследовании приняли участие 186 респондентов, среди которых 93 родителя и 93 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет. Были применены методика «Стратегии родительской поддержки» А.А. Агеевой, В.К. Зарецкого [А.А. Агеева, 2025] и шкала общей самоэффективности Р. Шварцера, М. Ерусалема, в адаптации В.Г. Ромека [Р. Шварцер, М. Ерусалем, В.Г. Ромек, 1996]. Определение связи между показателями родительской поддержки и самоэффективности детей производилось с использованием критерия ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Исследование показало, что в ситуации трудности у 26% детей наблюдается низкий, у 62% детей средний и только у 12% детей высокий уровень самоэффективности. Высокий уровень самоэффективности чаще показывают мальчики, в то время как низкий уровень проявляется одинаково у мальчиков и девочек.

Родители в ответ на запрос ребенка, столкнувшегося с трудностью, в 41,5% случаев прибегают к инструментальной поддержке, содержащей готовые инструкции и алгоритмы действий. 26,1% родителей используют формальную поддержку, проявляющуюся в банальных комментариях и советах. На 10,5% случаев антиподдержки, усугубляющей переживания ребенка, встречается 8,3% эмпатической и 6,8% инструментально-эмпатической поддержки, направленных на стабилизацию эмоционального состояния. Рефлексивная (5,9%) и рефлексивно-эмпатическая (0,9%) стратегии поддержки, предполагающие активацию субъектной позиции ребенка в преодолении трудности, встречаются реже остальных.

В ходе проведенного корреляционного анализа выявлены положительные корреляции между самоэффективностью (уверенностью в себе) и рефлексивной ($r=0,38$; уровень значимости 0,001), эмпатической ($r=0,27$; уровень значимости 0,001) и инструментальной ($r=0,15$; уровень значимости 0,05) стратегиями поддержки и отрицательные корреляции с антиподдержкой ($r= –0,18$; уровень значимости 0,05).

Выводы: Исследование подтверждает связь между стратегиями родительской поддержки и уровнем самоэффективности детей в трудной

ситуации. Высокий уровень самоэффективности наблюдается у детей, чьи родители применяют инструментальные, эмпатические и рефлексивные стратегии поддержки. Низкую самоэффективность показывают дети в случае применения родителями антиподдержки.

Литература

1. Агеева А. Методика «Стратегии родительской поддержки» в диагностике детско-родительского взаимодействия // Психологические исследования. 2025.17(97). 2.
2. Зарецкий В.К., Агеева А.А. Проблема эффективности родительской помощи детям в ситуациях учебных трудностей с позиций рефлексивно-деятельностного подхода и когнитивно-бихевиоральной терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 159–179.
3. Ромек В.Г. Уверенность в себе как социально-психологическая характеристика личности: автореф. дис … канд. психол. наук: 19.00.05 – Ростов н/Д., 1997. 23 с.
4. Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В.Г. Русская версия шкалы общей самоэффективности // Иностранная психология. 1996. № 7.
5. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency / A. Bandura // American Psychologist. 1982. Vol. 37. P. 122–147.

Травматическая утрата и утрата, ставшая травмой: феноменология и диагностика*[1]

Агишева А.А.
Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия
agishevaaa@ipran.ru

Ключевые слова: утрата значимого близкого, посттравматический стресс, осложненное горевание, вторичное горе, травма идентичности

Traumatic loss and loss that became trauma: phenomenology and diagnostics

Anastasiya A. Agisheva
Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
agishevaaa@ipran.ru

Keywords: loss of a significant loved one, post-traumatic stress, complicated grief, secondary grief, trauma of identity

Утрата значимого близкого – стрессор высокой интенсивности, в ряде случаев являющийся первопричиной или катализатором развития травматической и посттравматической симптоматики. Линейная логика исследования переживания психологических последствий опыта утрат, основанная на признании их неизбежности, закономерности, вписанности в канву жизни, подразумевает, в первую очередь, ориентацию на прояснение степени нормативности случившегося: естественность причин смерти, ее прогнозируемость, возраст умершего. Однако большинство современных статистических и клинических данных указывают на высокую вариативность реакций на стресс, ассоциированный с потерей близкого, а также на обширный круг предикторных и опосредующих факторов, играющих определяющую роль в динамике горевания. На сегодняшний день зона между посттравматическими состояниями, связанными с утратой, и патологической реакцией горя

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-18-00366, https://rscf.ru/project/25-18-00366/

оказывается диагностически уязвимой, несмотря на признанную высокую коморбидность синдромов. Обозначенная проблема требует попытки их интеграции в единую динамическую структуру с последующей эмпирической верификацией, расширяющую понимание и учитывающую континуальность и пересечение клинических классификаций, но несводимую к ним.

Деструктивный потенциал травматической утраты по определению превышает адаптационные возможности субъекта, блокируя или частично подавляя при этом процессы естественной скорби, являясь предиктором развития осложненного горевания [5]. Риски психотравматизации, безусловно, выше в ситуации насильственной, катастрофической, внезапной смерти, однако развитие выраженной посттравматической симптоматики возможно и в обстоятельствах условно нормативной утраты (например, ненасильственная смерть родственника, дожившего до старости), если копинговых и регуляторных ресурсов горюющего недостаточно для совладания со случившимся.

В ситуации не травматической в клиническом смысле утраты индивидуальный паттерн переживания горя во многом детерминируется ранним опытом и стилем привязанности субъекта, чаще не комплицируется [2] и ведет к поэтапной интеграции потери. Вместе с тем, в период траура человек оплакивает утраченную перспективу совместного будущего, крушение планов, которые были построены до смерти близкого, осуществляет переоценку, трансформацию, поиск и создание смыслов собственной жизни и смыслов произошедшего [1].

Глубокое переживание утраты – трансформирующий опыт, не выбираемый субъектом добровольно. Изменения происходят на всех уровнях бытия, требуя реконструкции, воссоздания идентичности [3]. В условиях травматической утраты привычные представления не только о себе, но и о других, мире могут быть нарушены вплоть до полной дезорганизации за короткий срок непосредственно в ответ на факт потери близкого, в то время как при утрате, развивающейся в травматическую в результате осложнения горевания, искажения идентичности формируются постепенно, часто незаметно для скорбящего и субъективно ассоциируется с тяжестью траура, нарастающим чувством неполноценности [4]. Таким образом, сам процесс горевания на каком-либо из этапов оказывается настолько дестабилизирующим, что ложится в основу травмы идентичности.

В трудах Б.В. Зейгарник не делается акцент непосредственно на травматических и посттравматических состояниях, однако описанные ею когнитивные и поведенческие нарушения, среди которых – «застревание», приобретенная ригидность, навязчивая фиксация на определенных воспоминаниях и переживаниях, изменения в волевой и мотивационной

сферах, могут быть травма-ассоциированными. Классическая модель незавершенного действия сегодня применяется к опыту утраты, преимущественно внезапной, носящей травматический характер, в результате которой в течение продолжительного времени может сохраняться переживание невозможности завершить отношения с внешним объектом привязанности, что препятствует естественной для нормативного течения горевания трансформации отношений с объектом внутренним. Однако эта же модель может быть использована и в отношении исходно не травматической утраты, ставшей таковою в результате отягощения горевания: хронифицированное пребывание в состоянии скорби при отсутствии динамики к разрешению сопровождается невозможностью реализовать целостный, стремящийся к завершению цикл действия, что лишает субъекта опоры на ранее эффективно поддерживаемый гомеостаз.

С целью обогащения подхода к дифференциальной диагностике утрат травматического порядка нами предложен комплекс методик, направленных не только на оценку общего уровня и причин психотравматизации, но и на анализ комплицированности процесса адаптации к потере, а также на изучение степени и характера вовлеченности в потенциально осложненное горевание идентичности субъекта. Методика LEC-5 в адаптации Н.В. Тарабриной с коллегами в данном случае применяется с целью определения нагрузки, связанной с горем, количеством и типом перенесенных утрат, выделения субъективно наиболее тяжелых из них и исследования выраженности посттравматических проявлений. Использование опросника SCL-90-R в адаптации Н.В. Тарабриной и др. обусловлено необходимостью оценки психопатологического статуса респондентов, в частности, на фоне переживаемой утраты: включенные в него группы симптомов, среди которых тревога, депрессия, соматизация, враждебность, обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, паранойяльность и психотизм не являются специфическими, но представляются достаточно информативными с точки зрения оценки как первичной (связанных с фактом утраты), так и вторичной (индуцируемой осложненным гореванием, потерей образа Я) травматизации. В рамках настоящего дизайна методика, направленная на установление субъективного возраста в адаптации Е.А. Сергиенко и др., дает возможность отследить сдвиг в идентичности горюющего субъекта посредством интерпретации различий биологического и субъективного возраста. Что касается выявления поведенческих, копинговых механизмов, включение опросника «Контроль поведения», адаптированного Е.А. Сергиенко и др., позволяет увидеть снижение самоконтроля и прибегание к деструктивным способам совладания, часто сопровождающим посттравматические состояния и лежащим в основе осложненного горевания.

Переживание потери значимого близкого – универсальный в общечеловеческом смысле и глубоко индивидуальный опыт. Именно многомерное фокусированное изучение процессов, способствующих принятию реальности, трансформации и реинтеграции идентичности, расширяет диагностические возможности и имеет практико-ориентированный потенциал в отношении лиц, травматизация которых обусловлена утратами и многообразием их психологических последствий.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004.
2. Иванюшина П.В. Специфика переживания горя у людей с разными типами привязанности. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015. № 1–2. С. 190–193.
3. Markovic J. Transformative grief. European Journal of Philosophy. 2024. 32(1), 246–259. https://doi.org/10.1111/ejop.12875
4. Smid G.E. Traumatic grief: the Intersection of trauma and grief. In E. Olsman, B. Brijan, S. Rosie (Eds.), Recovery: the interface between psychiatry and spiritual. 2023. (pp. 97–110).
5. Wild J., Duffy M., Ehlers A. Moving forward with the loss of a loved one: treating PTSD following traumatic bereavement with cognitive therapy. Cognitive Behaviour Therapist. 2023. 16(9). https://doi.org/10.1017/S1754470X23000041

Саморегуляция и психологическое благополучие пациентов с сахарным диабетом 2 типа

***Абросимов И.Н.*[1], *Ялтонский В.М.*[2], *Сирота Н.А.*[2]**
[1]*Московский институт психоанализа*
[2]*Российский университет медицины, Москва, Россия*

Ключевые слова: саморегуляция, восприятие болезни, совладающее поведение, приверженность лечению, сахарный диабет

Self-regulation and psychological well-being in patients with type 2 diabetes mellitus

***Abrosimov I.N.*[1], *Yaltonsky V.M.*[2], *Sirota N.A.*[2]**
[1]*Moscow Institute of Psychoanalysis,*
[2]*Russian University of Medicine, Moscow, Russia*

Keywords: self-regulation, illness perception, coping behavior, treatment adherence, diabetes mellitus

Введение. Сахарный диабет 2 типа (СД2) остается одним из наиболее распространенных и социально значимых хронических заболеваний. По прогнозам, к 2045 году число людей с диабетом превысит 700 миллионов, при этом на СД2 придется свыше 90% случаев. Это хроническое метаболическое заболевание, сопровождающееся нарушением углеводного обмена, что приводит к поражению сосудов, нервной системы и внутренних органов. Отсутствие своевременного лечения увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений, ретинопатии, нефропатии, синдрома диабетической стопы (СДС) и преждевременной смертности.

СД2 – не только медицинская, но и комплексная поведенческая проблема. Эффективность лечения во многом зависит от устойчивой саморегуляции: соблюдения режима питания, физической активности, приема медикаментов и регулярного контроля состояния. Нарушения саморегуляции способствуют декомпенсации заболевания и ухудшению качества жизни. Важную роль играют и субъективные установки пациента: отрицание болезни, страх диагноза, сопротивление ограничениям в привычном образе жизни.

До 30% пациентов с СД2 сталкиваются с выраженным диабетическим дистрессом, который снижает приверженность лечению и ухудшает

субъективное благополучие. Страх осложнений и чувство беспомощности затрудняют эффективную саморегуляцию. Высокий уровень дистресса, низкая самоэффективность и сопротивление терапии связаны с худшим гликемическим контролем и общим снижением качества жизни.

Ключевую роль в поддержании психологического благополучия играют когнитивные представления о болезни и поведенческие паттерны совладания. Таким образом, СД2 – показательная модель для изучения механизмов адаптации и саморегуляции личности в условиях хронического заболевания. Саморегуляция в этой ситуации – сложный системный процесс, включающий когнитивные представления о болезни, эмоциональные реакции и поведенческие стратегии, направленные на сохранение качества жизни. Особенно значима активная позиция пациента, его вовлеченность и дисциплина, которые во многом определяют успех терапии.

Цель данного исследования – оценить взаимосвязь компонентов саморегуляции и психологического благополучия пациентов с СД2.

Материалы и методы.

В исследовании участвовали 159 пациентов с сахарным диабетом 2 типа, из которых 44 имели осложнение в виде синдрома диабетической стопы. Возраст варьировал от 27 до 77 лет (среднее – 55,6 лет), стаж болезни – от 2 до 37 лет. Выборка включала 58 мужчин и 101 женщину. Клиническая база – ФГБУ «НМИЦ эндокринологии им. акад. И.И. Дедова» МЗ РФ. Применялись: Краткий опросник восприятия болезни, методика «Стратегии совладающего поведения», шкала приверженности лечению Мориски, шкала психологического благополучия К. Рифф. Статистический анализ включал U-критерий Манна–Уитни, критерий Бруннера–Мунцеля, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Вначале было проведено сравнительное исследование ключевых показателей в группах пациентов с СД2, имеющими и не имеющими осложнение в виде синдрома диабетической стопы.

Пациенты с синдромом диабетической стопы (СДС), по сравнению с пациентами без осложнений (СД2) воспринимают диабет как менее длительное (шкала восприятия течения болезни – СДС 8,83±2,15, СД2 6,82±3,20; p=0,001), плохо идентифицируемое (шкала идентификации симптомов – СДС 6,96±2,50, СД2 4,91±2,79; p=0,001) и эмоционально не беспокоящее заболевание (шкала озабоченности болезнью – СДС 7,36±2,63, СД2 5,45±3,12; p=0,001). Они реже используют эффективные в условиях хронической болезни копинг-стратегии самоконтроля (СДС 50,47±11,00, СД2 46,70±12,73; p=0,041), планирования (СДС 50,84±9,85, СД2 46,31±9,02; p=0,001) и позитивной переоценки (СДС 50,10±11,11, СД2 46,31±9,02; p=0,028). Уровень психологического благополучия оценивается ими также статистически значимо ниже (СДС 189,96±22,74,

СД2 174,07±17,74; p=0,001). При этом, важно отметить, что не было обнаружено различий по возрасту, стажу болезни, а также по уровню приверженности лечению (пациенты обеих групп находятся в зоне неприверженности – СД2 5,03±2,00 балла из 8; СДС 4,68±1,99 балла из 8).

Далее был проведен корреляционный анализ по всей выборке с целью установления связей между психологическим благополучием и ключевыми компонентами саморегуляции.

Психологическое благополучие пациентов с СД2 является мультифакторным показателем и имеет взаимосвязи с когнитивными (восприятие контролируемости болезни – r=0,272, p=0,010; восприятие контроля с помощью лечения – r=0,296, p=0,005) и поведенческими (приверженность лечению – r=0,394, p=0,001; копинг «Самоконтроль» – r=0,356, p=0,001; копинг «Положительная переоценка» – r=0,347, p=0,001; копинг «Планирование решения проблем» – r=0,500, p=0,001) компонентами саморегуляции в условиях болезни. Поведенческие компоненты саморегуляции обнаружили более сильные связи с психологическим благополучием по сравнению с когнитивными компонентами. В соответствие с проведенным ранее сравнительным анализом наличие синдрома диабетической стопы понижает психологическое благополучие (–r=0,307, p=0,001) и частоту выбора копинг-стратегии планирования (–r=0,303, p=0,001) у пациентов с СД2.

Выводы: Полученные данные подтверждают ключевые положения модели саморегуляции болезни Г. Левенталя: когнитивные представления пациента о болезни и восприятие угрозы определяют выбор копинг-стратегий и уровень вовлеченности в лечение. Низкая озабоченность и слабая идентификация проявлений СД2 претендуют на роль предикторов недостаточной саморегуляции и декомпенсации заболевания в виде ССД.

В отечественной психологии идеи Левенталя находят расширение в концепции «внутренней картины болезни», которая охватывает не только когнитивное восприятие, но и индивидуальную систему смыслов, отношение к заболеванию, что структурирует поведение и уровень саморегуляции. Также в рамках патопсихологического подхода Б.В. Зейгарник подчеркивается связь саморегуляции пациента с перестройкой его мотивации и смыслов, что особенно важно при СД2, требующем пожизненного соблюдения лечебного режима.

Психологическое благополучие пациентов с СД2 формируется как сложный конструкт, зависящий не только от клинических характеристик, но и от когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов саморегуляции. Искаженное восприятие болезни, недостаточное использование конструктивных копинг-стратегий и слабая приверженность лечению могут способствовать развитию таких осложнений,

как синдром диабетической стопы. В свою очередь, наличие этого осложнения становится дополнительным фактором, снижающим психологическое благополучие пациента. Таким образом, клинические и психологические факторы оказывают взаимное влияние.

Анализ нарушений когнитивных функций при шизофрении и НПВ-индуцированных психозах

Алексеев И.А.
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
alexseev97@mail.ru

Ключевые слова: шизофрения, новые психоактивные вещества, когнитивные нарушения, психоз

Analysis of cognitive impairment in schizophrenia and NSAID-induced psychosis

Alekseev I.A.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
alexseev97@mail.ru

Keywords: schizophrenia, new psychoactive substances, cognitive impairment, psychosis

Введение. В последние годы наблюдается стремительный рост популярности новых психоактивных веществ (НПВ) – синтетических соединений, имитирующих действие классических наркотиков и обладающих высоким психогенным действием. Особое внимание вызывают синтетические каннабиноиды и катиноны, способные вызывать острые психотические состояния с шизофреноподобной симптоматикой даже после однократного приема. Более того, известно, что психозы, вызванные приемом НПВ, могут быть предиктором развития шизофрении у уязвимых лиц [1]. Схожесть продуктивной симптоматики психозов различной этиологии (бред, галлюцинации, аффективные нарушения и др.) приводит нас к необходимости выделять новые диагностические критерии для дифференциации острых состояний, в частности, когнитивного уровня анализа. Отмечается, что точность диагностирования особенно важна для дальнейшего медикаментозного и психотерапевтического воздействия, направленного на восстановление состояния пациента, так как схемы лечения различны, а ситуация подбора лечения может возникать в условиях недостатка анамнестической информации, полученной от пациента.

Материал и методы. В исследование включено 133 пациента, из них 72 – после НПВ-индуцированного психоза (средний возраст – 31,26 ±

7,57 года), 61 – после психоза, ассоциированного с шизофренией (средний возраст – 32,1 ± 8,2 года); обследование проводилось на 5–6 день, после купирования острых психотических симптомов. Для оценки когнитивной дефицитарности использовалась батарея когнитивных тестов BACS (Keefe et al.; Саркисян, Гурович, Киф), таблицы Шульте (Рубинштейн), субтест 7 «Недостающие детали» WAIS (Wechsler, СПбГУ), методика Исключение лишнего (Зейгарник).

Результаты. Целью настоящего исследования было выявление специфических когнитивных профилей у пациентов с шизофренией и с индуцированными НПВ психозами, а также определение когнитивных параметров, полезных для дифференциальной диагностики между эндогенными (шизофреническими) и экзогенными (НПВ-индуцированными) психозами. Анализ полученных результатов проводился с акцентом на ключевые когнитивные домены (память, внимание и мышление) и позволил сопоставить характерные паттерны дефицитов в каждой группе, которые раскрывают специфику когнитивных нарушений при психозах различного генеза и являются основаниями для их дифференцированной клинической интерпретации.

При шизофрении когнитивный профиль отличается выраженной стабильностью и устойчивостью во времени. Наиболее типичными являются дефициты в области вербальной памяти, произвольного внимания и логико-семантической организации мышления, что рассматривается как индикаторы глубокой дезорганизованности понятийной структуры.

При НВП-индуцированных психозах преобладают нарушения рабочей памяти, снижение произвольного контроля, конкретно-ситуативные ошибки мышления, а также фрагментарность внимания. Для этой группы характерна высокая когнитивная лабильность, а выявленные дефициты в ряде случаев поддаются частичному восстановлению в процессе реабилитации [2; 3].

В мышлении у пациентов с шизофренией преобладают латентные ошибки, отражающие расщепление понятийной структуры, логические искажения и семантическую дезорганизацию, что типично для эндогенных психозов. У пациентов с НПВ-индуцированным психозом доминируют конкретно-ситуативные ошибки и пропуски. Конкретно-ситуативные ошибки отражают тенденцию к снижению уровня обобщения и опоре преимущественно на непосредственные, наглядные признаки. Такой тип ошибок свидетельствует о нарушении способности к абстрагированию и о фрагментарности когнитивной регуляции. Кроме того, был обнаружен существенный объем латентных ошибок, что отличает НПВ-психозы от типичных органических состояний и усложняет их дифференциацию от психозов при шизофрении.

Принципиальные различия между группами касаются не только уровня выраженности дефицитов, но и характера их когнитивной организации. У лиц с шизофренией преобладают искажения семантических связей, нарушается понятийная иерархия, что отражает глубинную перестройку смысловых и логико-языковых механизмов [4]. У пациентов с НПВ-психозами, напротив, доминируют регуляторные и перцептивные сбои, связанные с нарушением контроля, гибкости и оперативности мышления.

Выводы. Данный вывод подчёркивает необходимость комплексного, мультидоменного анализа когнитивного статуса. Изолированное изучение одного из компонентов, например, только мышления – не позволяет зафиксировать важные феноменологические различия, особенно при интоксикационных формах психоза. Только совокупная оценка памяти, внимания и мышления предоставляет содержательные основания для построения достоверных когнитивных профилей [4; 5].

Полученные различия представляют собой ресурс для клинической диагностики, особенно в условиях ограниченной анамнестической информации или в случаях, когда пациенты отрицают употребление психоактивных веществ. В подобных ситуациях анализ структуры когнитивного дефицита позволяет уточнить этиологию психотического состояния и дифференцировать эндогенные и экзогенные формы нарушений.

С практической точки зрения, выявленные профили диктуют необходимость использования дифференцированных подходов к восстановительной терапии. При шизофрении наибольшую эффективность демонстрируют вмешательства, направленные на восстановление логико-семантических связей, вербальной памяти и устойчивого внимания. При НПВ-индуцированных расстройствах акцент должен смещаться на восстановление исполнительных функций, произвольного контроля, гибкости мышления и кратковременной памяти.

Литература

1. Niemi-Pynttäri J.A. et al. (2013) Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases // The Journal of clinical psychiatry. Vol. 74(1). P. 20155. https://doi.org/10.4088/jcp.12m07822
1. Критская В.П., Мелешко Т.К. (2015). Патопсихология шизофрении. Москва: Институт психологии РАН. 389 с. ISBN 978-5-9270-0306-8. EDN UGZWGF.
2. de Oliveira M.C. et al. (2023). Toxicity of synthetic cannabinoids in K2/Spice: A systematic review // Brain Sciences. Vol. 13, № 7. Art. 990. https://doi.org/10.3390/brainsci13070990
3. McCutcheon R.A., Keefe R.S.E., McGuire P.K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment //

Molecular Psychiatry. 2023. Vol. 28. P. 1902–1918. https://doi.org/10.1038/s41380-023-01949-9

4. Карякина М.В. (2022). Когнитивные нарушения при шизофрении: мнение группы экспертов о современном состоянии проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 32, № 3. С. 83–90.

Специфика подготовки дефектологов в условиях индивидуальных образовательных траекторий

Плотникова М.В., Андреева О.С.
ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет»
Тюмень, Россия
m.v.plotnikova@utmn.ru, o.s.andreeva@utmn.ru

Ключевые слова: дефектология, подготовка дефектологов, индивидуальные образовательные траектории

Defectology formation's specificity in individual educational trajectorie's conditions

Plotnikova M.V., Andreeva O.S.,
University of Tyumen
m.v.plotnikova@utmn.ru, o.s.andreeva@utmn.ru

Keywords: defectology, defectologist's formation, individual educational trajectories

В 2015 году Тюменский государственный университет одним из первых в России начал выстраивать новую образовательную модель, в основе которой лежала идея индивидуальных образовательных траекторий (ИОТ) для каждого студента. Проектное решение ТюмГУ базировалось на многих мировых практиках: использовании вариаций свободного образования, liberal arts, адаптивного обучения и других моделей [1]. ТюмГУ стал одним из первых вузов, внедривших такую систему, и первым, где модель ИОТ была реализована в полном объеме. В настоящее время тенденция к внедрению индивидуальных траекторий в той или иной форме существует во многих вузах России и считается требованием времени. В ТюмГУ одними из первых в новую образовательную модель вошли студенты направления 44.03.01 «Специальное (дефектологическое) образование». Наблюдение и опросы студентов в период с 2015 г. по настоящее время позволили выделить ряд позитивных моментов и сложностей при использовании ИОТ именно для этого направления образования. Мы объединили их понятием «вызовы» и разделили на несколько категорий:

1. *Организационные вызовы*

Образовательная модель постоянно перерабатывалась – разница в учебных планах 2017 и 2020 года оказалась значительной. Возникли проблемы восстановления студентов, выхода из академических отпусков. С каждым годом все сложнее было перевести в ТюмГУ студентов из других вузов. Для студентов разработали алгоритм разделения дисциплин академической разницы по семестрам, регламент сопровождения преподавателями. Но с каждым годом объем академической разницы увеличивался, выход из длительного академического отпуска или перевод из другого вуза возможен только на младший курс.

В ФГОС по направлению подготовки 44.03.01 «Специальное (дефектологическое) образование» предусмотрено не менее 60 зачетных единиц практики. В условиях, когда на младших курсах более половины объема учебных дисциплин занимают дисциплины ядерной программы и элективы, график учебного процесса унифицирован, организация практики является сложной задачей. Все виды практик были переведены в распределенный формат. Уровень подготовки студентов-дефектологов на втором курсе недостаточен, чтобы даже практика – наблюдение работы логопеда была эффективна.

2. *Адаптационные и коммуникативные вызовы*

В силу специфики ИОТ, на дисциплинах ядра нет академических групп, и студенты разных курсов и направлений подготовки учатся в едином образовательном пространстве. По замыслу ИОТ, это создает необходимую для реализации ИОТ академическую мобильность, возможности для создания мультидисциплинарных студенческих проектов.

Студенты младших курсов столкнулись с проблемами коммуникации в пространстве вуза и со студентами, и с преподавателями, и с административными структурами университета. Легче всего выправилась ситуация взаимодействия с административными службами, в первую очередь – с Единым деканатом.

Для преодоления дезадаптации студентов младших курсов кафедры, реализующие дисциплины профессионального блока, стали назначать кураторов из числа преподавателей и студентов старших курсов. С преподавателями дисциплин профессионального блока студенты старших курсов успешно выстраивают взаимодействие.

3. *Специфические профессиональные вызовы*

Введение в образовательное пространство ТюмГУ единого дизайна привело к требованию к укрупнению дисциплин профессионального блока (Major), к применяемым образовательным технологиям. Учебный план был полностью перестроен. Логопедия как учебный предмет ведется все 4 года, на 3 и 4 курсе сопровождается распределенной практикой.

Психолого-педагогические компетенции студенты добирают, выбирая элективные курсы соответствующей направленности.

Возникла еще одна специфическая именно для студентов-дефектологов проблема – отсутствие профессиональных проб на младших курсах, отсюда – трудности в профессиональном самоопределении, формировании профессионального мышления, самосознания. Первое столкновение на старших курсах с действительностью работы дефектолога-логопеда, особенно со сложными детьми, работой в разных образовательных организациях, работой с семьей ребенка нарушениями речевого развития, приводит к разочарованию в профессии.

Для преодоления сразу нескольких проблем была полностью изменена концепция ознакомительной практики. В рамках учебной ознакомительной практики второго курса студенты направляются в различные образовательные организации (детские сады, школы, речевые и развивающие центры, центры социальной поддержки, библиотеку для слепых и т.д.) для ознакомления с различными видами учреждений и организаций, их задачами и методами работы, различными группами детей с особыми образовательными потребностями (ООП) и нормотипичными детьми, семьями, воспитывающими детей с ООП. Много участвуют в различных волонтерских программах вместе с преподавателями и студентами старших курсов, в том числе в проектах чисто логопедической направленности («Логопедический десант»). Практики третьего и четвертого курса сопровождают дисциплины учебного плана, руководитель практики ведет аудиторные занятия, задания на практику студенты получают в соответствии с задачами и содержанием дисциплины.

Сами студенты по результатам опросов называют следующие плюсы обучения по индивидуальным образовательным траекториям: расширение навыков в своей профессиональной сфере; обретение новых знакомых с других специальностей; конкурентоспособность среди выпускников других вузов; возможность изучать дополнительно предметы, которые не изучаются по своему профилю; возможность получить дополнительное образование в другой области, если посетить все элективы, связанные с этой областью; развитие компетенций, необходимых определенному человеку с помощью выбора необходимого электива; разнообразие учебной деятельности; общение со студентами и преподавателями различных направлений помогает развивать коммуникативные компетенции; обучение по ИОТ способствует самообразованию и развитию стрессоустойчивости.

Таким образом, мы можем говорить о том, что подготовка дефектологов в условиях индивидуальных образовательных траекторий связана с особыми профессиональными вызовами для университета,

осуществляющего такую подготовку; эти вызовы носят административный, адаптационный, коммуникативный и собственно профессиональный характер, и ответы на них в целом находятся в пределах возможности университета и выпускающих студентов-дефектологов кафедр.

Литература

1. Индивидуальные образовательные траектории в университете: ключевые точки внедрения [Электронный ресурс] // URL: (https://education.forbes.ru/special-projects/iot-main/iot-unmn (дата обращения: 3.09.2025).

Изменения временной перспективы личности у пациентов с онкологическим диагнозом

Архангельская В.В.
ФГБОУ ВО МГППУ, АНО «Служба Ясное Утро», Москва, Россия

Ключевые слова: пациенты с онкологическими заболеваниями, психологическая помощь, временная перспектива личности

Changes in personality time perspective in patients with cancer diagnosis

Arkhangelskaya V.V.
MSUPE, Sluzhba Yasnoe Utro, Moscow, Russia

Keywords: Cancer patients, psychological help, personality time perspective

В настоящее время можно заметить тенденции к интеграции теоретических оснований и методических приемов как в поле различных терапевтических подходов, так и клинических и неклинических моделей работы с пациентами. Например, в психологической работе с онкопациентами становятся все более актуальной интеграция опыта отечественной школы клинической психологии, когнитивно-бихевиоральных направлений и экзистенциальной психологии и психотерапии. В настоящее время остро стоит вопрос о необходимости более широкого включения психологической помощи в систему медицинской помощи онкопациентам. Научные публикации и эмпирические наблюдения показывают, что потребность в такой помощи очень высока [2]. Онкологическое заболевание является не только соматическим, но и психотравмирующим событием [4,5]. Онкологическое заболевание оказывается не просто жизнеугрожающим соматическим заболеванием, но и серьезным личностным кризисом. Переживания кризиса может оказывать значительное влияние на различные факторы успешности лечения болезни, например, на комплаентность, мотивацию к лечению, на характер отношения с врачом и многие другие.

В результате длительных наблюдений за характером обращений на горячую линию помощи онкологическим пациентам и их близким «Ясное утро», мы увидели, что характерной особенностью переживания ситуации болезни становится изменения временной перспективы

личности. Это отмечается также и в научной литературе. Временная перспектива выступает ключевым субъективным феноменом, тесно связанным с категориями смысла жизни и личностной идентичности [1]. Кризисная ситуация разрывает субъективное ощущение непрерывности жизненного пути, делает планируемое будущее «невозможным» и активизирует процессы переживания утраты. Изменения во временной перспективе отражают активность личности, направленную на совладание с кризисом, восстановление возможности жить дальше и реконструкцию идентичности.

На основе анализа практики работы горячей линии выделены характерные паттерны трансформации временной перспективы:

1. *Этап постановки диагноз*а:

Наблюдается резкое сокращение временной перспективы, утрата прежних жизненных планов и представлений о будущем, что переживается как глубокая потеря и запускает процессы горевания. Будущее приобретает остро негативную эмоциональную окраску, повышая риск суицидальных проявлений. Независимо от объективных медицинских параметров, пациенты ощущают психологическую близость к смерти. Одновременно происходит разрыв с прошлым: жизнь делится на периоды «до» и «после» диагноза. Прошлый опыт воспринимается как недостаточный для преодоления текущего кризиса, а настоящее – как крайне неопределенное и тревожное.

2. *Этап активного лечения (стационарного и амбулаторного)*:

Сохраняется сокращенный горизонт планирования. Пациенты фокусируются на ближайших неделях или месяцах. Данный феномен обладает адаптивной функцией: на коротких временных дистанциях снижается уровень неопределенности, возрастает ощущение контроля и возможность достижения конкретных целей.

3. *Этап ремиссии*:

У некоторых пациентов сохраняются трудности с построением долгосрочной жизненной перспективы. Страх рецидива препятствует возвращению к «нормальной» жизни и затрудняет планирование даже в пределах нескольких месяцев. У части пациентов наблюдаются симптомы, схожие с посттравматическим стрессовым расстройством.

Наблюдаются также и другие изменения временной перспективы. Нам представляется, что данный феномен является не просто частным психологическим параметром, а отражает глубинные личностные процессы и может иметь важное диагностическое значение в отношении целого ряда психологических изменений. В связи с этим совместно с Ю.В. Кортневой начата разработка компактного опросника, основанного на отечественной психологической традиции [3] и на экзистенциально-феноменологическом

подходе, который можно было бы легко применять в клинической практике (например, в стационаре) для более точной оценки изменений временной перспективы у пациентов.

Было проведено пилотажное исследование, в котором проводилась апробация первой версии опросника.

Выборку составили 3 группы респондентов: 1) Онкологические пациенты (28 человек), 2) пациенты с иным серьезным диагнозом (сахарный диабет) (40 человек) 3) люди, не имеющие серьезного соматического заболевания (50 человек).

Методический комплекс: разрабатываемый опросник диагностики временной перспективы личности Архангельской В.В. и Кортневой Ю.В., госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник толерантности к неопределенности (MSTAT-I), шкала экзистенции (ESK), модификация методики незаконченных предложений.

Результаты: Были получены статистически значимые различия по шкалам разработанного опросника 0,010 $p<0,01$ между группами людей, не имеющих серьезного соматического заболевания и онкопациентами, и между группой людей, не имеющих серьезного соматического заболевания, и пациентов с диагнозом диабет 0,033 ($p<0,05$) по критерию Манна-Уитни. Были получены многочисленные корреляционные связи между Госпитальной шкалой HADS и толерантностью к неопределенности, а также шкалой экзистенции.

Выводы: Несмотря на то, что исследование носило пилотажный характер, а разработанный инструмент диагностики нуждается в доработке всех необходимых психометрических свойств, можно сделать вывод о том, что исследуемый феномен действительно присутствует и статистически отличает группы пациентов и «здоровых» людей. Исследуемый феномен может быть высоко взаимосвязан с многими значимыми характеристиками личности, что требует, конечно, более строгой проверки.

Литература

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб.: Алетейя, 2001. 304 с.
2. Гамзаева М.И., Гольдман О.Э., Токарев С.Г. Психосоциальные потребности паллиативных пациентов и их близких: анализ обращений на горячие линии помощи пациентам // PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. 2023. № 3(20). С. 38–48.
3. Кортнева Ю.В. Психологическая диагностика и психодиагностическая интерпретация в культурно-историческом подходе / Ю.В. Кортнева // Актуальные проблемы культурно-исторической психологии: материалы Первого международного симпозиума по культурно-исторической психологии, Новосибирск, 17–19 ноября 2020 года.

Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2020. С. 149–154.
4. Никитина Д.А. Посттравматический стресс у людей разного возраста с угрожающими жизни заболеваниями: дис. … канд. психол. наук. М., 2021. С. 17.
5. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 1. С. 40–63.

Патопсихологические и нейрофизиологические основы нарциссизма с точки зрения теории психофизиологического изоморфизма

Бадалов А.А.
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика
andrey.badalov@bk.ru
Бровкина С.Н.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
brovkina04@gmail.com

Ключевые слова: нарциссизм, психофизиологический изоморфизм, гештальтпсихология, нейрофизиология, электроэнцефалография

Pathopsychological and neurophysiological foundations of narcissism from the point of view of the theory of psychophysiological isomorphism

A.A. Badalov
Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyz Republic
andrey.badalov@bk.ru
S.N. Brovkina
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic
brovkina04@gmail.com

Keywords: narcissism, psychophysiological isomorphism, Gestalt psychology, neurophysiology, electroencephalography

Введение. Термин «нарциссизм» был введен З. Фрейдом в 1914 г. и изначально обозначал направленность катексиса либидо на саму личность. В настоящее время концептуальные рамки данного понятия расширились: с одной стороны, он рассматривается как клиническое понятие в составе личностных расстройств, с другой – как психическое образование близкое к понятию когнитивного стиля «полезависимость/поленезависимость».

Вследствие отсутствия четкой дефиниции возникают выраженные сложности в изучении нарциссизма и, особенно, в формировании более-менее утилитарной его концептуально-теоретической основы. В качестве решения данной проблемы, на наш взгляд, существует единственно возможный способ – междисциплинарный подход к изучению данного феномена с позиции теории психофизиологического изоморфизма, предложенной школой гештальтпсихологии в начале 20-го века.

Цель работы – обоснование наличия морфофункционального базиса нарциссизма, формируемое на основании исследования его с помощью клинико-патопсихологических и нейрофизиологических методов.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования было отобрано 183 человека с наличием у них комплекса Икара, облигатным признаком которого является выраженный нарциссизм. Данные лица были обследованы с помощью следующих методик, позволяющих оценить структурные особенности присущих им нарциссических признаков: «Шкала сензитивного нарциссизма» Х.М. Хендина и Дж.М. Чика в адаптации С.Б. Нестеровой; опросник «Темная дюжина» в русскоязычной апробации Т.В. Корниловой с соавторами, направленный на измерение черт Темной триады – макиавеллизма, психопатии, нарциссизма (данный показатель, в отличие от предыдущего, интерпретируется нами как «экспансивный нарциссизм»), «тест оценки нарциссизма» – клинико-психологическая тестовая методика, разработанная F.-W. Deneke и B. Hilgenstock и адаптированная в 2003 году в НИПНИ им. Бехтерева Н.М. Залуцкой, А.Я. Вукс под руководством В.Д. Вида.

В качестве нейрофизиологического метода использовалась регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ) с определением спектральной мощности основных ее ритмов у обследуемого контингента. Дополнительно исследованы корреляционные взаимосвязи между показателями психологических тестов и показателями спектральной мощности ЭЭГ исследуемых лиц.

Результаты и обсуждение. Основным тестом, показавшим наибольшее число корреляционных взаимосвязей с показателями спектральной мощности ЭЭГ исследуемых лиц, стал тест «Шкала сензитивного нарциссизма». Он продемонстрировал наличие положительных корреляционных связей преимущественно с низкочастотными ритмами ЭЭГ (дельта-, тета-, альфа-ритмами) в лобных, центральных и задних ассоциативных (нижнетеменных и задневисочных) отделов головного мозга. Также в этих отделах мозга показатель сензитивного нарциссизма положительно коррелирует с бета-ритмом наиболее низкой частоты, близкой к таковой альфа-ритмической активности. Прослеживаются подобного рода положительные корреляционные взаимосвязи также со шкалами 1

и 14 теста оценки нарциссизма, которые интерпретируются как шкалы «бессильного self» и «обесценивания объекта». В целом данные показатели могут интерпретироваться как связи сензитивного нарциссизма с недостаточной и/или дисфункциональной активностью отделов коры, отвечающих за формирование схемы тела и обеспечивающих связь процессов сенсорного синтеза и программирования деятельности, реализующейся в направленной внешней активности, которая у данных лиц является недостаточной. Такие шкалы теста оценки нарциссизма как «незначительное self», «социальная изоляция» и «стремление к идеальному-объекту» имеют положительные корреляции с высокочастотными ритмами ЭЭГ в центральных и задних (задневисочные, затылочные) отделах головного мозга, что, по всей вероятности, связывает функционирование зрительной системы как системы дистантного анализатора и симультанной обработки информации снижающей непосредственный контакт с объектом. Нейрофизиологическая активность в этих же отделах несет положительные корреляционные взаимосвязи со шкалой «психопатия» теста «Темная дюжина».

Шкалы 2, 12, 13 и 15 теста оценки нарциссизма («потеря контроля эмоций и побуждений», «нарциссическая ярость», «идеал самодостаточности и ипохондрическая защита от тревоги») имеют отрицательные корреляции с высокочастотными ритмами (бета-ритмы) во фронтальных и затылочных отделах коры головного мозга, что может интерпретироваться как нарушение обработки сенсорной информации с точки зрения контроля третьим функциональным блоком мозга по А.Р. Лурия и проявлением импульсивной активности, в том числе связанной с агрессией против окружающих и аутоагрессией, в том числе в форме соматизации тревоги.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы относительно нейрофункциональной основы нарциссизма:

– основные корреляционные взаимосвязи, найденные в процессе исследования были обнаружены между шкалами, определяющими уровень и структуру сензитивного нарциссизма по сравнению с экспансивным. В случае последнего небольшое количество корреляций обнаружено только с показателями «психопатии»;
– основными мозговыми структурами, связанными с выраженностью сензитивного нарциссизма, являются ассоциативные и центральные области, отвечающие за интегративный синтез (в том числе за формирование «схемы тела») и связи второго и третьего функциональных блоков мозга по А.Р. Лурия.
– данная работа демонстрирует перспективы в изучении психофизиологического изоморфизма различных психических состояний с точки зрения как структурного, так и функционального их анализа.

Сравнительный анализ уязвимых доменов когнитивного функционирования у нормативной выборки разных возрастных групп

Баженова Д.А., Горшкова М.Ю., Комарова Е.Д.
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Москва, Россия
bazhenova.d@serbsky.ru

Ключевые слова: нейропсихология нормы, нейропсихологическая диагностика, возрастные различия, память

Comparative analysis of cognitive functioning in healthy people in different age groups

Bazhenova D.A., Gorshkova M.Yu., Komarova E.D.
V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
bazhenova.d@serbsky.ru

Keywords: neuropsychology of normal aging, neuropsychological diagnostics, age differences, memory

Введение. Исследования когнитивного старения подчеркивают необходимость определения возрастных норм для дифференциации нормального нейрокогнитивного развития от ранних признаков нейродегенеративных расстройств.

В исследованиях выявляется нелинейный характер когнитивного старения с гетерохронностью изменений состояния психических функций [1, 3]. В период 30–40 лет когнитивные функции остаются относительно сохранными, в некоторых случаях наблюдаются начальные изменения в скорости обработки информации. Более выраженные сдвиги происходят в возрасте 50–60 лет, когда отмечается снижение объема рабочей памяти и исполнительных функций, при относительной сохранности умственной работоспособности [3]. После 60 лет проявляются нарушения эпизодической памяти и зрительно-пространственных функций, а также общее замедление темпа, сужение объема психической деятельности [5]. Особый интерес представляет изучение границ нормы для периода 50–60 лет, когда компенсаторные механизмы могут маскировать начинающиеся патологические процессы [2].

Настоящее исследование направлено на сравнительный анализ уязвимых доменов когнитивного функционирования у нормативной выборки разных возрастных групп. Определение возрастных норм имеет большое значение для дифференциальной диагностики между нормативным старением и начальными проявлениями нейрокогнитивных расстройств, а также для разработки профилактических программ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 108 человек (мужчины/женщины – 43/65). Участники были разделены на 3 возрастные группы: 30–40 лет (32 чел.), 50–60 лет (59 чел.) и 60–68 лет (17 чел.). Большинство участников во всех трех группах имело высшее образование. Для диагностики когнитивного функционирования использовались Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) и Батарея лобной дисфункции (FAB). Индексные баллы, разработанные на основе теста MoCA, применялись для более полной оценки состояния конкретной психической функции. Для сравнения групп использовался критерий Краскела-Уоллиса (пост-хок тесты с поправкой Бонферрони).

Результаты и обсуждение. Средний балл по MoCA в группе 30–40 лет составил – 27,09±2,72 балла, в группе 50–60 лет-26,49±2,68 балла, в группе 60–68 лет –26,70±1,79 балла. По батарее FAB средний балл в первой группе составил – 17,18±1,18 балла, в средней группе – 16,14±2,02 балла, в группе старшего возраста –16,71±1,31 балла. Все возрастные группы оказались в рамках нормативных значений. Однако группы 50–68 лет в среднем оказались на нижней границе нормативного порога, что указывает на легкое снижение когнитивного функционирования.

В общем балле по тесту FAB ($z = 2.568$, $pbonf = 0.031$, $rrb = 0.33$), заданию на простую реакцию выбора ($z = 2.478$, $pbonf = 0.04$, $rrb = 0.23$) значения оказались значимо выше в группе 30–40 лет по сравнению с возрастом 50–60 лет, что свидетельствует о постепенном ослаблении управляющих функций с возрастом. Баллы по индексу памяти (MIS) оказались значимо ниже у группы 60–68 лет по сравнению с группой 30–40 лет ($z = 2.693$, $pbonf = 0.021$, $rrb = 0.432$), что свидетельствует о снижении памяти и входитв нормальный вариант старения [5]. Баллы по зрительно-пространственному индексу (VIS) оказались снижены у группы 30–40 лет по сравнению с группами 50–60 лет ($z = –2.407$, $pbonf =0.048$, $rrb = 0.269$) и 60–68 лет ($z = –2.705$, $pbonf = 0.02$, $rrb = 0.382$), а также баллы в задании на рисование часов из теста MoCA ($z = –2.435$, $pbonf = 0.045$, $rrb = 0.258$) у группы 50–60 лет были значимы выше, чем у группы 30–40 лет. Это связано с тем, что в индекс VIS большой вклад в анализ зрительно-пространственных функций вносит задание теста MoCA на рисование часов. Низкие баллы за это задание у более молодой группы могут объясняться культурными различиями: аналоговые часы перестали быть

повседневным инструментом и уступили место цифровым, что сужает опыт взаимодействия с ними и влияет на выполнение пробы. Эти результаты согласуются с данными других исследований, отражающих влияние культурно-исторических факторов [4].

Выводы. Результаты исследования выявили возрастные различия в когнитивном функционировании среди здоровых испытуемых, демонстрирующие гетерогенность изменений различных когнитивных доменов. В возрастном диапазоне 50–60 лет наблюдается постепенное ослабление управляющих функций при сохранении общей умственной работоспособности, тогда как после 60 лет отмечается более выраженное снижение показателей памяти. Интересным результатом стало обнаружение лучших зрительно-пространственных показателей у старших возрастных групп, что может объясняться культурно-историческими факторами. Все исследованные группы оставались в пределах нормативных значений, однако группы 50–68 лет демонстрировали показатели, близкие к нижней границе нормы.

Литература

1. Cabeza R., Albert M., Belleville S., et al. Maintenance, reserve and compensation: the cognitive neuroscience of healthy ageing // Nat Rev Neurosci. 2018 Nov;19(11):701–710.
2. Hartshorne J.K., Germine L.T. When does cognitive functioning peak? The asynchronous rise and fall of different cognitive abilities across the life span // PsycholSci. 2015 Apr;26(4):433–43. doi: 10.1177/0956797614567339
3. Salthouse T.A. Trajectories of normal cognitive aging // Psychol Aging. 2019 Feb;34(1):17–24. doi: 10.1037/pag0000288.
4. Vishnevsky G., Fisher T., Specktor P. (2024). The clock drawing test (CDT) in the digital era: Underperformance of Generation Z adults // Journal oftheNeurological Sciences, 467, 123289.
5. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. (2009). Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, (3–4), 4–7.

О некоторых аспектах развития методологии синдромного анализа в клинической психологии

Балашова Е.Ю.
Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Научный центр психического здоровья Москва, Россия
elbalashova@yandex.ru

Ключевые слова: Синдромный анализ, методология, клиническая психология, фактор

On some features of the development of syndrome analysis methodology in clinical psychology

Balashova E. Yu.
Moscow State Lomonosov University, Mental Health Research center, Moscow, Russia
elbalashova@yandex.ru

Keywords: syndrome analysis, methodology, clinical psychology, factor

Развитие различных направлений, которые существуют в современной клинической психологии, в каком-то смысле похоже на развитие психических функций. Оно характеризуется гетерохронностью, гетеротропностью и гетеродинамичностью. Различные направления клинической психологии возникали в разное время, в разных странах мира, складывались с неодинаковой скоростью. В их развитии периодически возникали кризисные периоды, обусловленные как внутренними, так и внешними (прежде всего, социально-историческими и идеологическими) факторами. В эти периоды обострялась борьба идей, появлялись новые теоретические и методологические подходы к исследованию разнообразных патологических проявлений психики и поведения.

В рамках небольшой статьи едва ли возможно описать все драматические перипетии истории развития клинической психологии. Эта задача пока далека от реализации. Кажется, в России еще нет монографий

или учебников, специально посвященных истории клинической психологии или ее отдельных направлений. История личностей, идей, методов представлена лишь в отдельных главах некоторых книг. В качестве примера можно привести подробный исторический анализ проблемы соотношения мозга и психики в монографии А.Р. Лурии «Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга» [3]. К сожалению, такой исторический экскурс, касающийся развития новых нейропсихологических идей и исследований, отсутствовал в более позднем учебнике «Нейропсихология» Е.Д. Хомской [4]. Б.В. Зейгарник в ряде глав «Патопсихологии» также анализирует работы отечественных и зарубежных ученых [1].

Разговор об истории развития клинической психологии, конечно, не является праздным. Понятие, вынесенное в заголовок данной статьи, нельзя анализировать вне исторического контекста и без обращения к опыту его использования в патопсихологии и нейропсихологии.

Привычный взгляд на синдромный анализ связан с представлением о том, что он возник как метод в середине прошлого века в контексте нейропсихологических исследований. Однако привычные взгляды не всегда полностью соответствуют исторической реальности. Предвестники этого метода заметны уже на заре становления клинической психологии, в частности, в патопсихологических исследованиях. Речь идет, прежде всего, о работах С.С. Корсакова, посвященных нарушениям памяти при алкогольном полиневрите [2]. В структуре памяти он выделял поврежденные и сохранные звенья: дефицит запоминания самой разнообразной текущей информации и достаточную сохранность памяти на прошлые события. Отметим, что и сегодня в перечне практических диагностических задач клинических психологов одно из центральных мест занимает определение структуры и степени выраженности дефекта. С.С. Корсаков обращал внимание не только на нарушения памяти, но и на изменения других аспектов психической деятельности при этом заболевании. Он отмечал наличие у больных дезориентировки в месте и времени, особых изменений личности и эмоциональной сферы (наличие благодушия, снижение критичности и т.п.), высказывал ряд интересных идей об отношениях между психическими функциями. С.С. Корсаков писал о связи нарушений памяти с дезориентировкой в месте и времени, о том, что мышление больных первично не нарушено, но приобретает рутинный, стереотипный характер, потому что из-за расстройств памяти перестает обогащаться новыми впечатлениями. Фактически, это старт развития психологических идей о межфункциональном взаимодействии, которые спустя десятилетия вновь отчетливо прозвучали в работах Л.С. Выготского. Эти идеи, безусловно, стали предпосылкой синдромного анализа.

В фундаментальных работах Б.В. Зейгарник также содержатся идеи, тесно связанные с методологией синдромного анализа, хотя сам термин «синдром» она употребляет только в клиническом значении [1]. Они касаются, например, принципов построения патопсихологического обследования: в обширный список этих принципов включено обоснование т.н. комплексного экспериментального подхода. Именно использование комплекса специально подобранных методик позволяет выявить тот или иной патопсихологический синдром. Другой пример: возможность (с опорой на общепсихологические представления о структуре различных психических функций, психической деятельности и личности) выделить иерархически организованный комплекс симптомов их нарушений или особенностей. Эта возможность в максимальной степени реализована в патопсихологии мышления и восприятия.

Один из важных вопросов, касающихся методологии синдромного анализа – это вопрос о факторной обусловленности синдрома, о понимании того, что такое фактор. Ответ на этот вопрос и позволяет понять причину гетерохронности возникновения синдромного анализа в разных направлениях клинической психологии. В луриевской нейропсихологии фактор понимается как принцип работы (модус операнди) определенного участка мозга. Таким образом, определяющим в нейропсихологическом синдроме нарушений (или особенностей) ВПФ является его локализация в пространстве мозга, которая может быть верифицирована не только логикой нейропсихологического анализа, но и подтверждена методами нейровизуализации.

В клинической психологии в целом (и, в частности, в патопсихологии) фактор скорее понимается как причина синдрома, синдромообразующий радикал. Можно вспомнить, например, классификацию клинико-психологических факторов, предложенную Ю.Ф. Поляковым, в которую включены выстроенные в определенной смысловой иерархии генетические, биохимические, нейрофизиологические, интрапсихические, интерпсихические факторы. Такой подход существенно расширяет поле каузальной обусловленности синдрома, но, вместе с тем, может приводить к субъективности, произвольности интерпретаций факторной детерминации структуры и динамики синдрома. Представляется крайне интересной и предложенная патопсихологами идея о возможности построения синдромов не только по нозологическим, но и по психологическим основаниям. Можно сказать, что развитие методологии синдромного анализа в клинической психологии ждет сложное и интересное будущее.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986.
2. Корсаков С.С. Избранные произведения. М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1954.

3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962.
4. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.

Особенности психологического благополучия у студентов, имеющих разный уровень притязаний

Баранова А.В., Майорова Е.М.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия
av_baranova.62@mail.ru, katya09082005@gmail.com

Ключевые слова: психологическое благополучие, уровень притязаний, студенческий возраст

Specific of students` psychological well-being with different levels of pretensions

Baranova A.V., Mayorova E.M.
Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
av_baranova.62@mail.ru, katya09082005@gmail.com

Keywords: psychological well-being, level of pretension, student age

Введение. Быстрое развитие общества и постоянные изменения в окружающей среде создают новые вызовы для личности. В таких условиях человек вынужден постоянно адаптироваться, переосмысливать свои ценности и цели, что может отражаться на уровне благополучия.

Студенческий возраст рассматривается как особый период развития, характеризующийся специфическими задачами возрастного этапа. Происходит активное становление внутренней позиции человека, а также изменяются характеристики личности, что влияет на уровень её притязаний и требований к себе и окружающему миру. Уровень притязаний, характеризующийся выбором целей различной степени сложности, обладает двойственным влиянием на личность. С одной стороны, он выступает стимулом для развития и самосовершенствования, с другой – при значительном расхождении между желаемыми и фактическими результатами может становиться источником психоэмоционального напряжения [2].

Таким образом, изучение особенностей психологического благополучия у студентов с разным уровнем притязаний является важной задачей, имеющей практическую значимость.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 34 студента (28 женщин и 6 мужчин) высших учебных заведений 1–4 курсов города

Рязани и Москвы. Формирование выборки осуществлялось на основе готовности респондентов принять участие в исследовании.

Цель исследования заключалась в выявлении особенностей психологического благополучия студентов, имеющих разный уровень притязания. При работе с респондентами были использованы следующие методики: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (адаптация Н.Н. Лепешинского); «Исследование уровня притязаний» Ф. Хоппе. Психодиагностический эксперимент длился 10–15 минут на респондента и включал построение профиля испытуемого. Измеряемые показатели: высота и амплитуда профиля, реалистичность притязаний, тактика целеполагания, адекватность реакций на успех и неудачу. С целью определения различий в группах респондентов были использованы методы статистического анализа: непараметрический статистический критерий Краскела-Уоллиса и U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. При сравнении уровня психологического благополучия и его компонентов у студентов с разным уровнем притязаний не было получено статистически значимых различий ($p > 0.05$). Отсутствие закономерности может говорить о том, что благополучие – это феномен, испытывающий влияние разных переменных, среди которых уровень притязаний не является основным.

Отдельные показатели профиля уровня притязаний были соотнесены со шкалами психологического благополучия. Были выявлены различия по критерию «реалистичности притязаний», а именно по шкале «цели в жизни», где студенты с реалистичным и нереалистично заниженным уровнем притязаний демонстрируют более позитивные отношения с окружающими и более высокий уровень психологического благополучия по сравнению с теми, у кого притязания нереалистично завышены. Можно предположить, что реалистичные притязания позволяют человеку адекватно оценивать свои возможности, способствуют внутренней гармонии, уверенности в себе и за счет этого снижают уровень стресса в социальных ситуациях. Даже если притязания несколько занижены, студент не испытывает сильного давления из-за несоответствия между ожиданиями и реальностью, что положительно сказывается на его эмоциональном состоянии и общении с другими. В то же время нереалистично завышенные притязания часто приводят к неудовлетворённости, фрустрации и напряжённости во взаимоотношениях.

Были выявлены различия по интегральной шкале «психологическое благополучие», которые могут быть согласованы с теорией самодетерминации [3, 4], где соответствие целей и базовых психологических потребностей способствует психологическому благополучию, а, напротив, разрыв желаемого и идеального снижает общий уровень благополучия человека.

Проведён анализ тактик целеполагания, характерных для каждого типа профилей (гибкий, ригидный, лабильный, смешанный), что позволило выявить статистически значимые различия в группах по шкале «позитивные отношения». Обнаружено, что особенности целеполагания связаны с качеством социальных взаимодействий. В частности, устойчивые стратегии целеполагания связаны с формированием более адаптивных поведенческих реакций в межличностных отношениях.

Различия также отмечены по общей шкале «психологическое благополучие», что может указывать роль сбалансированных и гибких стратегий целеполагания в поддержании психологического благополучия.

По критерию «амплитуды» обнаружены статистически значимые различия ($p < 0.05$) в группах по шкале «самопринятие». Согласно концепции Р.Н. Азимовой [1], можно утверждать, что амплитуда уровня притязаний связана с самопринятием через механизмы самооценки. Нормальная амплитуда включает гармоничное сочетание когнитивных и эмоциональных компонентов в целеполагании, способствующее позитивному самопринятию, тогда как широкая амплитуда означает дезадаптивные модели эмоционального реагирования.

Несмотря на то, что выявлена связь между амплитудой уровня притязаний и самопринятием, по параметру «адекватность реакции» статистически значимых различий обнаружено не было ($p > 0.05$). Это может свидетельствовать о том, что эмоциональные реакции при целеполагании не являются определяющим фактором психологического благополучия, которое формируется комплексным взаимодействием множества переменных.

Выводы. С психологическим благополучием студентов в большей степени связана не абсолютная высота уровня притязаний, а его качественные характеристики: реалистичность, гибкость стратегий целеполагания, особенно в аспектах целей в жизни, позитивных отношений и интегрального показателя благополучия, а также амплитуда колебаний уровня притязаний значимо связана с самопринятием человека.

Литература

1. Азимова Р.Н. Социально-психологическая природа самооценки и ее нравственный аспект // Известия АПАз ССР, 1969. № 3.
2. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2002. 512 с.
3. Deci E.L., Ryan R.M. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation.
4. Ryan R.M., Deci E.L. (2017). Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation.

Психологические характеристики пациентов с депрессией: гендерные различия

Барзунова В.В., Филоненко Е.В.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Россия
vika.barzunova@bk.ru

Ключевые слова: депрессия, гендерные различия, агрессия, тревожность, личностные особенности

Gender differences in psychological characteristics in patients with depression

Barzunova V.V., Filonenko E.V.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
vika.barzunova@bk.ru

Keywords: depression, gender differences, aggression, anxiety, personal characteristics

Введение. На сегодняшний день всё большее количество людей оказываются подвержены влиянию депрессии. С депрессией сталкиваются как мужчины, так и женщины во всем мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения на 2023 год, более 280 млн. человек, или около 3,8% мирового населения, страдали от депрессии [5]. По данным исследования Института психологии РАН, в декабре 2024 года 39% россиян отмечали у себя симптомы депрессии.

В настоящее время можно наблюдать дефицит и противоречивость информации, посвященной теме гендерных различий психологических особенностей у пациентов с депрессией [4].

Те или иные психологические особенности в свою очередь могут оказывать влияние на течение и формирование болезни, что говорит о необходимости составления плана лечения и терапии в соответствии с психологическими особенностями пациентов с депрессией мужского и женского пола.

Материалы и методы. Использовались следующие методики: Шкала депрессии А.Т. Бека; Опросник диагностики агрессии и враждебности А. Басса и М. Перри; Шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина; Личностный опросник Айзенка.

В исследовании участвовали пациенты государственной Новосибирской клинической психиатрической больницы № 3. Всего в исследовании участвовало 20 человек в возрасте от 18 до 65 лет. В первую выборку вошли 10 пациентов мужского пола, имеющие симптомы депрессии, во вторую выборку – 10 пациентов женского пола, имеющие симптомы депрессии.

В целях выявления взаимосвязи между переменными проводился корреляционный анализ с определением критерия коэффициента корреляции Спирмена. Для оценки различий был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни.

Результаты. Между группами были выявлены значимые различия по шкале «Физическая агрессия» (p=0,023), что указывает на то, что пациенты с депрессией мужского пола более склонны к проявлению физической агрессии. Можно предположить, что данная разница может быть связана с традиционными гендерными ролями, которые поощряют более агрессивное поведение у мужчин [1], данные различия также могут быть связаны с социокультурными ожиданиями, которые предписывают мужчинам сдерживать проявление слабости и уязвимости, что в свою очередь может приводить к вытеснению негативных эмоций посредством агрессивных действий, в частности с помощью физической агрессии.

Было выявлено преобладание высокого уровня ситуативной и личностной тревожности в группе пациентов с депрессией как мужского (60% и 60%), так и женского пола (70% и 100%). Достоверные различия между выборками не были выявлены. Можно предположить, что данные результаты могут быть связаны с тем, что у пациентов с депрессией тревожность выступает не просто как сопутствующий симптом, но и как значимый фактор, который утяжеляет течение болезни и влияет на качество жизни. Тревога может проявляться в виде хронического беспокойства, иррациональных страхов, социальной тревожности, панических атак. Высокие показатели по шкале «Личностная тревожность» говорят о том, что самооценка больными своего типичного состояния включает явный оттенок тревожности и напряжения [3].

Было выявлено преобладание высокой встречаемости результатов «Интроверт» как в группе пациентов мужского пола (30%), так и в группе пациентов женского пола (60%). Можно предположить, что это может быть связано с тем, что интроверты могут быть более подвержены депрессии из-за своих черт личности, таких как склонность к самоанализу и тревожность. Также было выявлено преобладание высокого и среднего значений нейротизма как у мужчин (30% и 30%), так и у женщин (40% и 40%). Личность с невротическим складом характера в наибольшей степени подвержена проявлениям депрессивной симптоматики,

поскольку нейротизм проявляется в повышенной склонности к переживаниям, подавленном настроении, беспокойстве или стрессе [2].

В группе пациентов с депрессией мужского пола были выявлены значимые прямые взаимосвязи высокой силы между уровнем депрессии и такими показателями, как: физическая агрессия ($r = 0,79$; при $p<0,01$), уровень нейротизма ($r = 0,94$; при $p<0,01$), ситуативная тревожность ($r = 0,90$; при $p<0,01$), личностная тревожность ($r = 0,94$; при $p<0,01$).

В группе пациентов с депрессией женского пола были выявлены обратные взаимосвязи умеренной силы между ситуативной тревожностью и уровнем депрессии ($r = – 0,74$; при $p<0,05$) и между уровнем ситуативной тревожности и соматическими проявлениями депрессии ($r = – 0,69$; при $p<0,05$).

Выводы: Дальнейшее изучение вопроса гендерных различий у пациентов с депрессиями может показать важные и интересные результаты, которые будут полезны как для практики, так и в качестве теории о психологических особенностях пациентов с депрессией мужского и женского пола. Данная информация необходима для разработки гендерно-ориентированных подходов к лечению депрессии.

Литература

1. Абрамова А.А., Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н., Разумова А.В. Специфика проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, степени тяжести и длительности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2014. № 2. С. 1–12.
2. Головко К.В., Крутолевич А.Н. Взаимосвязь личностных характеристик с уровнем депрессивной симптоматики // СГН. 2019. № 1 (3). С. 2–11.
3. Лысенко А.В. Исследование тревожности у больных рекуррентным депрессивным расстройством // Скиф. 2018. № 12 (28). С. 1–4.
4. Степанов И.Л., Горячева Е.К. Гендерные особенности структуры депрессивного состояния и социального функционирования больных рекуррентным депрессивным и биполярным аффективным расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 1. С. 1–5.
5. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2023.

Профессиональное выгорание медсестер с высоким и низким уровнем созависимости в условиях работы с участниками СВО

Бердичевский А.А., Тарасова О.Н.,
Сможенкова В.А., Лыткина К.А., Мелконян Г.Г.
ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн № 3 ДЗМ», Москва, Россия
berdichevsky.alexey@gmail.com

Ключевые слова: созависимость, профессиональное выгорание, медсестры, проактивный копинг, специальная военная операция

Specifics of professional burnout in nurses with high and low levels of codependency in the context of working with participants of the special military operation

Berdichevsky A.A., Tarasova O.N.,
Smozhenkova V.A., Lytkina K.A., Melkonyan G.G.
SBHI «Hospital for War Veterans No. 3 MDH"
Moscow, Russian Federation
berdichevsky.alexey@gmail.com

Keywords: codependency, professional burnout, nurses, proactive coping, special military operation

Введение. При оказании медицинской помощи участникам СВО, пережившим тяжелый стресс, важна конструктивная коммуникация между медработниками и пациентами. Особенно это актуально для среднего персонала, тесно взаимодействующего с комбатантами. Согласно зарубежным исследованиям, созависимость [1] и связанные с ней психологические факторы способствуют деструктивным отношениям и повышают риск профессионального выгорания у медперсонала [2].

В связи с этим **целью** данного исследования является определение специфики факторов профессионального выгорания у специалистов среднего медицинского персонала, отличающегося между собой по степени выраженности созависимости.

Задачи исследования: 1) Определение различий по исследуемым характеристикам в группах медсестер с высоким и низким уровнем

созависимости; 2) Определение специфики связи профессионального выгорания с исследуемыми конструктами в разных по проявлениям созависимости группах медицинских сестер; 3) Определение специфики предикторов профессионального выгорания среди медсестер с разным уровнем созависимости.

Материал и методы. Основная выборка исследования была разделена на подгруппы медсестер с высоким и низким уровнем созависимости (методом контрастных групп): 1) медсестры с высоким уровнем созависимости (N=45) в возрасте от 22 до 64 лет (M=44,82, SD=8,8) и стажем работы по специальности от менее года до 46 лет (M=23,87, SD=10,37); 2) медсестры с высоким уровнем созависимости (N=43) в возрасте от 21 до 62 лет (M=45,45, SD=10,3) и стажем работы по специальности от менее года до 42 лет (M=22,07, SD=12,14).

Методики исследования: «Опросник выгорания Маслач» в адапт. Н.Е. Водопьяновой; «Методика оценки рабочей мотивации» в адапт. А.Б. Леоновой и др.; «Шкала депрессии, тревоги и стресса» в адапт. А.А. Золотаревой; «Дифференциальный опросник смысложизненного кризиса» К.В. Карпинского; «Модиф. Шкала созависимости Спенн-Фишер» в адапт. А.А. Бердичевского и др., методика «Проактивный копинг» в адапт. Е.П. Белинской, А.В. Вечерина и Е.Р. Агадуллина; «шкала психологического благополучия» в адапт. С.К. Нартовой-Бочавер.

Результаты. Анализ различий в группах испытуемых с разным уровнем созависимости показал, что медсестры с высоким уровнем созависимости более склонны к переживанию смысложизненного кризиса (U=169,5 при p≤3E-11), профессиональному выгоранию (U=362 при p≤4E-7) и дистрессу (U=202 при p≤0,006), при этом они обладают более низким уровнем психологического благополучия (U=246,5 при p≤2E-9) и рабочей мотивации (U=639,5 при p≤0,006), а также проактивного (U=472,5 при p≤3E-5), рефлексивного (U=590 при p≤0,002), превентивного (U=580 при p≤0,001) копингов и стратегического планирования (U=591 при p≤0,002) как проактивных способов совладающего поведения.

Регрессионный анализ предикторов профессионального выгорания медицинских сестер, характеризующихся высоким уровнем созависимости, объясняет 67% дисперсии (R^2=0,67). К числу наиболее значимых предикторов профессионального выгорания в этой группе относится общий уровень смысложизненного кризиса (Beta=0,46) и уровень психологического благополучия (Beta= –0,39).

Анализ взаимосвязей в группе медсестер с низким уровнем созависимости показал значимые корреляции профессионального выгорания с рефлексивным (r= –0,33; p≤0,05) и превентивным (r= –0,39; p≤0,05) копингом, а также общим уровнем смысложизненного кризиса (r=0,39; p≤0,01),

психологическим благополучием (r= –0,52; p≤0,001), индексом потенциальной мотивации (r= –0,52; p≤0,001) и дистрессом (r=0,69; p≤1E-6).

Результаты регрессионного анализа вклада исследуемых характеристик в уровень профессионального выгорания медсестер с низкой степенью выраженности созависимости описывают 62% дисперсии (R^2=0,67), а основными предикторами выступают дистресс (Beta=0,46) и уровень рабочей мотивации (Beta= –0,41).

Выводы: медсестры, оказывающие медицинскую помощь участникам СВО и обладающие высоким уровнем созависимости, острее переживают смысложизненный кризис, более склонны к профессиональному выгоранию, менее мотивированы в работе, тяжелее переживают дистресс и более дефицитарны в проактивном совладающем поведении, нежели их менее созависимые коллеги.

Специфика профессионального выгорания медсестер с высоким уровнем созависимости заключается в том, что выгорание обеспечивается меньшим числом факторов, а именно отсутствием какого-либо влияния проактивного совладающего поведения, в то время как у медсестер с низким уровнем созависимости при тех же факторах профессиональное выгорание связано со способностью к проактивному копингу.

К числу основных предикторов, обеспечивающих профессиональное выгорание медсестер с высоким уровнем созависимости, относятся острое переживание кризиса смысла жизни и психологическое неблагополучие, тогда как в группе медсестер с низким уровнем созависимости выгорание опосредовано вкладом дистресса и уровнем трудовой мотивации.

Литература

1. Allison S. Nurse codependency: instrument development and validation. J Nurs Meas. 2004 Spring-Summer;12(1): 63–75.
2. Ozdemir N., Buzlu S. Codependency in nurses and related factors. Annals of Medical Research. 2021. 26(7): 1145–1151.

Влияние деперсонализации и алекситимии на чувство принадлежности собственного тела у пациентов с психическими расстройствами

Бичевина Д.С.
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
daria.bichevina@gmail.com

Ключевые слова: расстройство деперсонализации/дереализации, алекситимия, чувство владения телом

The impact of depersonalization and alexithymia on the sense of ownership in patients with mental disorders

Bichevina D.S.
FGBNU NCPZ, Moscow, Russia
daria.bichevina@gmail.com

Keywords: depersonalization/derealization disorder, alexithymia, sense of ownership

Введение. В последнее время исследователи всё активнее изучают роль телесности – того, как процессы, связанные с телом, влияют на возникновение и поддержание Я-концепции. Понятия «образ тела» и «телесное ощущение себя» (embodiment) представляют собой сложные, многогранные конструкты. Однако если образ тела – это в большей степени мысли и представления о внешности, то телесное ощущение себя (embodiment) – это более глубокий опыт проживания своего тела в его взаимодействии с миром. Иными словами, ощущение телесности определяется не столько телом как таковым, сколько личным, психологическим и культурным опытом, который человек осмысляет через свое телесное присутствие в мире.

Нарушения чувства обладания телом рассматривается как ключевой компонент при расстройстве деперсонализации [1], представляющем собой психопатологическое состояние с устойчивым или эпизодическим ощущением отчуждения от собственного тела, мыслей или эмоций, сопровождающееся нарушением восприятия реальности и снижением аффективной вовлеченности.

Имеются данные [2] о взаимосвязи между сниженном чувством принадлежности собственного тела и алекситимией, психологическим феноменом, который отражает трудности в осознании и вербализации эмоций. Изучение данных факторов важно для понимания механизмов телесного самовосприятия и их изменений при психических расстройствах.

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи телесного ощущения себя (embodiment) и одного из его компонентов, а именно ощущения принадлежности собственного тела (sense of ownership), с деперсонализацией, алекситимией у пациентов с шизофренией, аффективными расстройствами и расстройствами пищевого поведения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 64 пациента с расстройствами шизофренического спектра (F20, F21; N=20), пациенты с аффективными расстройствами (F31, F34; N=25), а также пациенты с расстройствами пищевого поведения (F50.0, F50.2, F50.4; N=25), в возрасте от 16 до 40 лет (средний возраст 22,6±5,64). Пациенты находились на стационарном лечении в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, а также на стационарном лечении в ПКБ № 1 ДЗМ в клинике расстройств пищевого поведения. Выраженность деперсонализации оценивалась с помощью Кембриджской шкалы деперсонализации (CDS). Алекситимия измерялась с помощью Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26). Также использовалась апробируемая в настоящее время Шкала Телесного Ощущения Себя (Embodied Sense of Self Scale), которая содержит 3 подшкалы: «Принадлежность», «Субъектность», «Нарратив». Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения Jamovi.

Результаты и обсуждение. Для проверки гипотезы о влиянии деперсонализации, алекситимии и нозологической группы на чувство принадлежности/владения собственным телом (sense of ownership) был проведён иерархический регрессионный анализ. В первую модель в качестве независимых переменных были включены выраженность деперсонализации, уровень алекситимии, а также принадлежность к группе (расстройств шизофренического спектра и расстройств пищевого поведения, группа аффективных расстройств выступала в качестве опорной). Данная модель объясняла 54,3% дисперсии зависимой переменной (R^2 = 0.543, при $p \leq 0.001$). Полученные результаты продемонстрировали, что увеличением выраженности деперсонализационно-дереализационной симптоматики снижается чувство принадлежности собственного тела (β=0.0976, при p=0.028. У пациентов с РПП статистически значимо

снижено ощущение принадлежности собственного тела по сравнению с опорной группой (β=31.3899, при p ≤0.001). В то же время выраженность алекситимии и принадлежность к группе шизофрении не оказали значимого влияния на чувство принадлежности в этой модели (β=0.1812 при p=0.145 и β= –1.0827 при p=0.784, соответственно).

Далее, для проверки модераторного эффекта алекситимии, была построена вторая модель, в которую дополнительно включалось взаимодействие между алекситимией и принадлежностью к нозологической группе. Сравнение двух моделей показало, что включение взаимодействия значительно улучшает предсказательную силу модели (ΔR^2 =0.606, F (2,57) =4.54, при p=0.015), что свидетельствует в пользу того, что характер связи между алекситимией и чувством принадлежности собственного тела различается в зависимости от нозологической группы. Так, отмечается значимый эффект взаимодействия между алекситимией и расстройствами пищевого поведения (β=0.7073, при p=0.010), что означает, что влияние алекситимии на чувство принадлежности существенно меняется в группе с РПП по сравнению с другими группами.

Таким образом, результаты настоящего исследования расширяют более ранние исследования о взаимосвязи между деперсонализацией, алекситимией и нарушением чувства владения собственным телом. Данные настоящего исследования подтверждают, что увеличение выраженности деперсонализационно-дереализационной симптоматики связано со снижением чувства принадлежности собственного тела, то есть пациенты воспринимают части своего тела или все его целиком как чужеродные. Полученные результаты демонстрируют, что чувство принадлежности собственного тела нарушено у пациентов с расстройствами пищевого поведения, что может быть обусловлено неустойчивым телесным образом и сниженной интеграцией внутренних сенсорных сигналов, что делает восприятие тела более зависимым от внешней информации [3]. Хотя алекситимия сама по себе не оказала прямого влияния на чувство принадлежности тела, её взаимодействие с группой РПП оказалось статистически значимым. Данный результат указывает на то, что для пациентов с РПП трудности в осознании и выражении эмоций могут усугублять переживание телесного отчуждения.

Выводы: 1) Деперсонализация связана со снижением чувства принадлежности к телу, что подтверждает её влияние на нарушения телесного восприятия. 2) Пациенты с расстройствами пищевого поведения демонстрируют сниженное чувство принадлежности тела по сравнению с другими группами, что может быть связано с нарушенной сенсорной интеграцией и нестабильным образом тела. 3) Алекситимия оказывает значимое влияние на чувство принадлежности только у пациентов

с РПП, что указывает на её специфическую роль в формировании нарушений телесного ощущения себя у данных пациентов.

Литература

1. Sierra M., David A.S. Depersonalization: a selective impairment of self-awareness. Conscious Cogn. 2011 Mar;20(1):99–108.
2. Georgiou E., Mai S., Pollatos O.. Describe Your Feelings: Body Illusion Related to Alexithymia in Adolescence. Front Psychol. 2016 Oct 28;7:1690
3. Keizer A., Smeets M.A., Postma A., van Elburg A., Dijkerman H.C. Does the experience of ownership over a rubber hand change body size perception in anorexia nervosa patients? Neuropsychologia. 2014 Sep;62:26–37.

Отношение отцов к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра

Богачева О.И., Иванов М.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия
oksana-syster@mail.ru

Ключевые слова: отношение к болезни, аутизм, расстройства аутистического спектра, отцовское отношение

Fathers' attitudes towards a child with autism spectrum disorder

Bogacheva O.I., Ivanov M.V.
Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
oksana-syster@mail.ru

Keywords: attitude to disease, autism, autism spectrum disorders, fathers' attitudes

Введение. Одним из значимых факторов эффективности проводимых мероприятий при организации лечебно-реабилитационного процесса является включение в это процесс родителей больного ребенка [2]. Не менее значимыми факторами успешности такого включения является отношение матерей и отцов к болезни ребенка. Значительное внимание специалистов, как правило, направлено на материнские переживания и отношение с ребенком. Как правило, общается со специалистами именно мать, чаще всего она водит ребенка на обследования, консультации, развивающие занятия. Но в тоже время и другие члены семьи – отцы, сиблинги и прародители также испытывают на себе воздействие появления в семье ребенка с нарушением психического развития [3].

Перспективы лечения ребенка и его воспитания сильно зависят от готовности семьи, в частности, отцов быть включенными в этот процесс, от того насколько они владеют информацией о заболевании ребенка и то, как к нему относятся. Исследователями отмечается, что мужчинам в обществе приписывается рациональная роль, которая подразумевает что человек исполняющий её должен быть независимым, эмоционально сдержанным, способным мыслить логически и решать проблемы. В свою очередь женщинам приписывают эмоциональную роль, которая, напротив, предполагает внимание к чувствам и эмоциональным потребностям, склонность к зависимости и т.д. [1, 3].

Вышеописанное показывает важность и сложность изучаемой проблемы, однако степень изученности различий материнского и отцовского отношения к болезни ребенка остается малоизученной. В настоящее время недостаточно внимания уделяется отцам детей с нарушениями развития, в том числе с расстройствами аутистического спектра (РАС), хотя эти отношения необходимо рассматривать как значимый ресурс развития ребенка с РАС.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 143 родителя в возрасте от 27 до 38 лет, воспитывающих детей с РАС (в возрасте от 3 до 5 лет; средний возраст детей – 4 года 1 месяц). Родители разделены на две группы: эмпирическую – 68 отцов и группу сравнения – 75 матерей. Все родители детей дали информированное добровольное согласие на участие в психологическом исследовании. Всем детям были выставлены диагнозы из подрубрики F84 «Общие расстройства психологического (психического) развития» по МКБ-10 (F84.01; F84.02; F84.11; F84.12). Исследование проводилось на базе отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» и ГБОУ г. Москвы «Школа № 709».

Методический комплекс: методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР, Каган В.Е., Журавлева И.П., 1991); модифицированная версия опросника родительского отношения (Варга А.Я., Столина В.В.) для семьи, воспитывающей особого ребенка (Галасюк И.Н., Митина О.В., 2017); опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкман ((в адаптации Вассермана Л.И., Иовлева Б.В., Исаевой Е.Р. и др., 2008); анкета-опросник «определения воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии» (Ткачева В.В., 2006). Математическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica v. 10 для Windows.

Результаты. Сравнительное исследование родительского отношения к болезни ребенка с помощью методики ДОБР показало наличие гипонозогнозического отношения к болезни ребенка, как у отцов, так и у матерей, но обнаруживаются качественные отличия. Так, отцам в большинстве случаев свойственно недооценивать тяжесть состояния ребенка в силу меньшего количества времени, проводимого в семье, в частности с ребенком, например, из-за особенностей работы или существующих социальных половых стереотипов. В то время, как гипонозогнозия у матерей может быть объяснена трудностью поверить в факт наличия психиатрического диагноза из-за страха стигматизации, а проявления болезни матерями чаще всего психологизируется, находятся оправдания, связывающие нарушения поведения и отставания в развитии – особенностями «характера», «стеснительностью» или «все дети разные». Стоит отметить, что выявлены различия в уровне тревожности, так у матерей в отличии

от отцов имеют тенденцию к тревожности относительно болезни ребенка (различия обнаружены на уровне тенденции при $p<0,1$).

Проведенный сравнительный анализ особенностей родительско-детских отношений матерей и отцов обнаружил, статистически значимые различия по шкале «инфантилизация» ($p<0,05$). Это может говорить о том, что для матерей в большей степени чем отцам характерно связывать «неудачи» ребенка и его поведенческие нарушения с психологическими причинами (индивидуальными особенностями ребенка), не связывая нарушения поведения с болезнью. Для отцов характерно положительное отношение к ребенку, а также тенденция к построению с ним кооперации, ребенка принимают таким, какой он есть ($9,5\pm0,5$ по шкале принятие/отвержение). Обращает на себя внимание, что отцы высоко оценивают способности ребенка, они стремятся уделять по возможности больше времени. Отцам более свойственно относиться к неудачам ребенка, как к случайностям, и оправдывать поведенческие нарушения воздействием различных внешних факторов, например, зависимостью от погодных условий.

В результате статистического анализа показателей способов совладающего поведения у матерей и отцов, воспитывающих детей с РАС, значимые различия наблюдаются только по шкале «Самоконтроль» ($p<0,04$). Так, матери чаще отцов прибегают к стратегии самоконтроля. По-видимому, отцам не удается преодолеть негативные переживания в связи с болезнью ребенка, что может препятствовать сдерживанию эмоций и контролю поведения. Стоит обратить внимание на низкие показатели по шкале дистанцирование у отцов, что проявляется достаточно высокой эмоциональной вовлеченностью в процесс воспитания ребенка.

Выводы: Родительское отношение к ребенку и к его болезни является одним из значимых факторов эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий в детской клинике психических расстройств. Полученные нами данные показывают различия в психологическом отношении к болезни ребенка и к самому ребенку у отцов и матерей. Данная работа привлекает внимание к роли разных членов семьи, в частности роли отцов, при оказании помощи ребенку с нарушением психического развития. Полученные результаты будут полезны при составлении психообразовательных программ для работы с семьями, воспитывающими детей с РАС, в частности, с отцами, при индивидуальном консультировании родителей.

Литература

1. Апфельбаум А.Э.Д., Богачева О.И., Иванов М.В. Личностные особенности подростков, имеющих сиблингов с нервно-психическими

расстройствами // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Т. 21, № 3. С. 20–26.
2. Миланич Ю.М. Теоретико-методологические аспекты психологической помощи семьям детей с нарушениями развития // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2015. № 2. С. 66–73.
3. Пустовая А.В., Пустовая Е.Н., Гуткевич Е.В. Особенности психологического отношения матерей и отцов к болезни в семьях, имеющих ребенка с расстройствами аутистического спектра // Ученые записки университета Лесгафта. 2021. № 2 (192). С. 415–421. DOI 10.34835/issn.2308-1961.2021.2.p415–421

Особенности проявления жизнестойкости у пациентов с синдромом зависимости от синтетических психостимуляторов

Богусловская А.С., Тагильцева Е.В.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Новосибирск, Россия
boguslov04@gmail.com

Ключевые слова: жизнестойкость, наркотические вещества, психостимуляторы, вовлеченность, принятие риска.

The peculiarities of the manifestation of resilience in patients with the syndrome of dependence on synthetic psychostimulants

Boguslovskaya A.S., Tagiltseva E.V.
Novosibirsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Novosibirsk, Russia
boguslov04@gmail.com

Keywords: resilience, narcotic substances, psychostimulants, engagement, risk-taking

Введение. В современном мире проблема понятия жизнестойкость как психологического явления сосредоточена на поиске теоретических и практических методов преодоления давления на личность, связанное с факторами внешней среды, что способно значительно повлиять на всестороннее развитие и состояние отдельного индивида. Важно отметить, что тема жизнестойкости становится особенно актуальной, превращаясь в одно из самых необходимых личностных качеств, способствующих выживанию в условиях постоянно меняющегося мира. События, происходящие в мире за последние несколько лет, такие как пандемия COVID-19, кризисы в сфере экономики и специальная военная операция выявляют необходимость изучения феномена жизнестойкости личности и поиска практических способов преодоления депрессии, тревоги и стрессовых состояний. Также данные факторы, в совокупности с низким уровнем жизнестойкости, могут являться причинами ухода людей в различные аддикции: злоупотребление наркотическими веществами,

алкоголем и т.п. [2]. Целью нашего исследования является выявление особенностей проявления жизнестойкости у пациентов с синдромом зависимости от синтетических психостимуляторов.

Методы. «Тест жизнестойкости Мадди С.», адаптация Леонтьева Д.А. (2006), «Тест смысложизненных ориентаций», СЖО/PIL, адаптация Леонтьева Д.А. (1988), «Опросник Ауто- и гетероагрессия» Ильина Е.П. (2004), «Висбаденский опросник, WIPPF» Пезешкиана и др., адаптация Зелинской С.Ю., Тащева А.И. (2000), «Шкала депрессии Бека, BDI» в адаптации Тарабриной Н.В. (1992). Для выявления особенностей проявления жизнестойкости у пациентов с синдромом зависимости от синтетических психостимуляторов была отобрана группа в количестве 33 мужчин, проходящих реабилитацию и лечение в наркологическом диспансере – 16 мужчин (группа 1), поступивших в отделение менее месяца назад и 17 проходящих курс реабилитации более 6 месяцев (группа 2). Диапазон возраста испытуемых составляет от 20 до 46 лет. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Новосибирский областной наркологический диспансер».

Результаты. Зависимость от синтетических психостимуляторов связана с высоким риском рецидива и сопутствующими когнитивными и эмоциональными нарушениями. Важным аспектом реабилитации является повышение психологической устойчивости, что делает целесообразным исследование жизнестойкости. Согласно тесту жизнестойкости Мадди С. значимых различий ($p \leq 0,05$) между группами выявлено не было, что подтверждает идею о том, что жизнестойкость – это устойчивая характеристика, которая не способна измениться за короткий срок, для этого процесса необходима длительная терапия [1]. Однако у пациентов, находящихся в реабилитации более 6 месяцев среднее значение жизнестойкости ниже (38,41±15, 76), чем у пациентов, которые поступили в диспансер менее 1 месяца назад (44,3±13,53), что свидетельствует о переосмыслении старых и появлению новых, пока что неустойчивых, установок, с чем и связано понижения уровня жизнестойкости.

Прямая взаимосвязь показателя «Жизнестойкость» и «Показателем осмысленности жизни» у пациентов, находящихся в диспансере менее 1 месяца, говорит о вере в контроль над собственной жизнью, вера в способность выхода из зависимости, когда посчитают это необходимым. Прямая взаимосвязь с показателем «Надежда» у пациентов, находящихся в реабилитации более 6 месяцев, свидетельствует о появлении в процессе реабилитации веры в будущее и способности положительно оценивать успехи деятельности в настоящем. Обратная взаимосвязь с показателем «Гетероагрессия» говорит об осознании негативных последствий проявления

агрессии в сторону окружающих и стремлением избежать прежних реакций, переводя их в более конструктивные формы.

Прямая взаимосвязь показателей «Принятие риска» и «Конфликт: фантазии» у пациентов, находящихся в диспансере менее 1 месяца, объясняется сохранением устаревших установок, которые формируют стремление к формированию ситуаций, связанных с риском, однако принятие ответственности еще не сформировано и, как следствие, пациенты возвращаются к установке избегания реальности. Обратная взаимосвязь с показателем «Аутоагрессия» может являться фактором использования риска как альтернативы самоповреждающим паттернам поведения или же направление агрессии во внешнюю среду. Обратная взаимосвязь с показателем «Доверие» свидетельствует о стремлении опираться на собственные возможности, оценивая поведение окружающих как ненадежное. Прямая взаимосвязь показателя «Принятие риска» с показателем «Надежда» у пациентов, находящихся в реабилитации более 6 месяцев, объясняется готовностью к действиям для достижения цели в будущем, не смотря на возможный негативный опыт, поскольку он будет восприниматься как урок, благодаря которому появится возможность и стремление к достижению большего. Обратная взаимосвязь с показателем «Депрессия» свидетельствует о вероятности ухода в апатию, тревогу и другие депрессивные симптомы, за счет несформированности новых паттернов поведения и механизмов сброса напряжения, в процессе реабилитации необходимо следить за данными показателями, чтобы избежать ухода к прежним паттернам – приему наркотических веществ.

Прямая корреляция показателя «Вовлеченность» в группе с показателем «Цель в жизни» объясняется появлением осмысленных взглядов на перспективы собственного будущего. Обратная взаимосвязь с показателем «Вера» объясняется отсутствием веры во что-либо, кроме собственной уникальности и эксклюзивности. Прямая взаимосвязь между показателями «Вовлеченность» и «Время», «Надежда», «Конфликт: фантазии» в группе 2 объясняется переориентировкой жизненных установок от избегания реальности в сторону принятия реальности, позитивного взгляда в будущее и отказа от траты времени на удовлетворение собственных гедонистических потребностей в пользу реализации задуманных целей.

Выводы. В результате исследования уровня жизнестойкости у пациентов с синдромом зависимости от синтетических психостимуляторов было выявлено снижение уровня данного показателя у мужчин, находящихся в реабилитации более 6 месяцев, что может быть связано с переориентировкой ценностей и изменением привычных паттернов поведения. Было выявлено, что обратная взаимосвязь жизнестойкости и аутоагрессии свидетельствует о том, что пациенты с низким уровнем

жизнестойкости чаще используют деструктивные копинг-стратегии. Принятие риска связано со снижением аутоагрессии, но обратно коррелирует с аккуратностью, что указывает на дисбаланс между импульсивностью и избыточным контролем.

Литература

1. Менделевич В.Д. Повышение эффективности терапии наркологических расстройств путем организации лечения в общемедицинской сети // Вестник современной клинической медицины. 2013. С. 43–48.
2. Покальчук Е.В., Воробьева К.И. Жизнестойкость как субъективная характеристика личности // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2022. С. 10–17.

Изменение ценностных ориентаций и их связь с легитимизированной агрессией у молодежи

Бойко О.М., Ениколопов С.Н.,
Медведева Т.И., Кузнецова С.О., Воронцова О.Ю.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Ключевые слова: легитимизированная агрессия, ценностные ориентации, подростковый возраст, юношеский возраст, ценности

Change of values and its link with legitimized aggression in youth

Boyko O.M., Enikolopov S.N., Medvedeva T.I.,
Kuznetsova S.O., Vorontsova O.Yu.
Federal Stare Budgetary Scientific Institution
“Mental Health Research Center” Moscow, Russia

Keywords: legitimized aggression, young people, youth, values, adolescence

Ценностные ориентации человека влияют как на его сиюминутные реакции, так и решения и поведение, имеющие долгосрочные последствия. Легитимизированная агрессия – это виды агрессивных действий, считающиеся нормативными и иногда даже поощряемыми. Объем легитимизации агрессивных действий зависит как внешних факторов (конкретного общества, переживаемого им временного периода) так и от внутренних, к которым относятся ценностные ориентаций человека. Исследование Магун В.С. продемонстрировало существенные изменения в ценностных ориентациях российской молодежи, произошедшие с 2006 по 2021 годы [Магун, 2023]: «заметно выросла ценность активного индивидуализма (риска-новизны, гедонизма и самостоятельности) и снизилась приверженность ценностям пассивной социальности – безопасности и конформности». Стрессовые события последних лет, переживаемые обществом, могут отражаться на представлениях о ценностях и о способах совладания с проблемами. Реализация агрессивности в легитимной поле является одним из способов совладания при возможном конфликте ценностей.

Целью исследования был анализ изменений ценностных ориентаций и форм выражения легитимизированной агрессии, а также связи легитимизированный агрессии с реальной агрессивностью и ценностными ориентациями у молодежи.

Материалы и методы. Выборку составили 255 человек: 143 человека (средний возраст 19,04±2,6, из них юношей 29%) приняли участие в исследовании в 2006 году, 112 человек (средний возраст 19,8±3,7, из них юношей 23%) – в 2024 году, группы статистически не различались по социодемографическим показателям. В обеих выборках предъявлялись опросник легитимизированной агрессии (ЛА) [Ениколопов, Цибульский, 2008]; портретный ценностный вопросник Ш. Шварца, опросник диагностики агрессии Басса-Перри (BPAQ). Выборке 2024 года также предъявлялись SCL-90R; опросник конструктивного мышления CTI [Epstein, 2001]. Для статистической обработки данных использовался корреляционный анализ, при сравнении групп – дисперсионный анализ.

Результаты. Статистический анализ продемонстрировал значительные изменения в ценностных ориентациях молодых людей. Так, снизилась ценность безопасности (с 6,04±2,27 в 2006 году до 4,86±2,07 при p=0,000), достижений (с 5,27±2,17 до 4,66±2,15 при p=,027), самоутверждения (с 12,25±3,85 до10,14±3,91 при p=0,000), сохранения (с 21,38±5,17 до 19,94±4,27 при p=0,018), власти-богатства (с 6,98±2,33 до 5,48±2,25 при p=0,000) на уровне статистической тенденции снизилась ценность гедонизма (с 5,13±2,49 до 4,95±2,21 при p=,555), на уровне статистической тенденции выросла ценность самостоятельности (с 4,96±2,08 до 5,10±2,30 при p=,607), риска-новизны (с 5,46±2,41 до 6,27±2,63 при p=,012). Показатели легитимизированной агрессии также в основном снизились (как общий балл (с 72,51±17,89 до 59,13±17,32 при p=0,000), так и баллы по подшкалам (политика (с 43,63±11,32 до 36,50±13,50 при p=0,002), личный опыт (с 34,02±10,11 до 30,02±11,35 при p=0,037), воспитание (с 18,76±6,21 до 15,58±7,03 при p=0,008)), за исключением «легитимизированной агрессии в СМИ», показатель которой вырос (с 30,00±7,63 до 36,30±8,49 при p=0,000), без изменений остался показатель «легитимизированной агрессии в спорте»). Статистически значимых изменений в уровне всех диагностируемых опросником BPAQ форм агрессивности не было обнаружено. В то же время, выявлены корреляции общего уровня легитимизированной агрессии с уровнями эзотерического (0,288**) и категорического мышления (0,356**), а также корреляционная связь всех подшкал легитимизированной агрессии с уровнями враждебности (0,252**), гнева (0,198*) и физической агрессии (0,659**) (BPAQ). Более высокой уровень

враждебности отмечается при ценностях, объединенных в кластер «выход за пределы своего Я» (0,339**).

Обсуждение результатов. Таким образом, выросший показатель легитимизированной агрессии в СМИ может свидетельствовать об изменении общественных нормативов подачи информации. Несмотря на то, что за 18 лет уровень легитимизированной агрессии в основном упал, уровень агрессивности, как в общем, так и в отдельных ее формах, не имеет статистически значимых изменений, что может объясняться различной этиологией общей агрессивности и легитимизированных проявлений агрессии, а также значимостью роли социума в легитимизации отдельных проявлений агрессивности. Единственная ценность, имеющая корреляции с общим уровнем легитимизированной агрессии – «выход за пределы своего Я» – не имеет статистически значимой динамики за исследуемый промежуток времени, что, возможно, указывает на ее универсальную, стабильную во времени роль в отреагировании агрессивности в социально приемлемой форме. Положительные корреляционные связи легитимизированной агрессии с эзотерическим и категорическим мышлением демонстрируют еще одно звено в механизме реализации агрессивности в легитимном поле. Отсутствие корреляций у выявленного снижения уровня легитимизированной агрессии по большинству показателей и существенного изменения ценностных ориентаций может указывать на наличие общего фактора, влияющего на оба этих показателя, которым, по всей видимости, является влияние социума [Шварц Ш., 2008]. Иными словами, оба параметра отражают изменения общественных установок, произошедшие за 18 лет.

Выводы. Исследование показало значимость социальных условий для легитимизации форм выражения агрессии и изменения ценностных ориентаций. Выявленные устойчивые корреляционные связи ценностных ориентаций кластера «выход за пределы своего Я» и легитимизированной агрессии также продемонстрировали интрапсихические факторы, опосредующие проявления индивидуальной агрессивности, такие как эзотерическое и категорическое мышление.

Литература

1. Ениколопов С., Цибульский Н. Изучение взаимосвязи легитимизации насилия и склонности к агрессивным формам поведения // Психологическая наука и образование. 2008. V. 13. N 1. p. 90–98.
2. Магун В.С. Эволюция базовых ценностей российского населения, 2006–2021 годы // Социологические исследования. 2023. № 12. С. 44–58. DOI 10.31857/S013216250029336–2
3. Шварц Ш. [Schwartz S.] Культурные ценностные ориентации: природа и следствия национальных различий / пер. с англ. Е.А. Валуевой //

Психология. Журнал высшей школы экономики. 2008. Т. 5, N 2. С. 37–67.
4. Epstein S. CTI: Constructive Thinking Inventory: professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, 2001

Этические аспекты использования Искусственного Интеллекта (ИИ) в практике психологической помощи

Бойко О.М., Медведева Т.И.,
Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н.
ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья, Москва, Россия
olga.m.boyko@gmail.com

Ключевые слова: ИИ, искусственный интеллект, психологическая помощь, этические аспекты психологической помощи

Ethical aspects of using AI in a psychological practice

Boyko O.M., Medvedeva T.I.,
Vorontsova O.Yu., Enikolopov S.N.
Federal State Budgetary Scientific Institution
«Mental Health Scientific Center», Moscow, Russia
olga.m.boyko@gmail.com

Keywords: AI, artificial intelligence, psychological help, ethic aspects of psychological help

Стремительное развитие технологии Искусственного Интеллекта (ИИ) и широкая доступность чат-ботов на его основе привели к распространению их использования не только в информационных, рабочих целях, но и для времяпрепровождения, а также для получения эмоциональной поддержки и «психологической помощи». Известно [1], что треть детей и подростков используют ИИ с эмоциональными целями, то есть на практике миллионы не только взрослых, но и детей и подростков уже сейчас пользуются ИИ вместо обращения к психологу. Многие сайты целенаправленно предлагают использование ИИ для получения психологической помощи. Например, на страницах компаний, создающих персонажей на основе ИИ, всегда есть персонаж «психолог». Так, в giga.chat, персонаж «психолог» входит в 5 наиболее востребованных: он находится на первой странице приложения с указанием, что у него на 30.08.2025 2,9 миллионов чатов (обращений). Всё это делает крайне

актуальными этические вопросы использования ИИ в практике психологической помощи.

Был проведен анализ этических аспектов использования ИИ в практике психологической помощи, отталкиваясь от этических принципов оказания психологической помощи, структурированное изложение которых содержит этический кодекс психолога, опубликованный на сайте российского психологического общества [2]. Так, уже в преамбуле указано, что термин «психолог» относится к лицу, имеющему высшее психологическое образование. Процесс получения высшего образования, помимо механического накопления знаний, предполагает их осмысление, умение применять на практике в неочевидных ситуациях. Наличие данных возможностей у ИИ неочевидно, более того, существует «проклятие обратного хода» (Reversal curse) [3] – ИИ не может легко перевернуть логическую связь между элементами в предложении, даже если они однозначно определены, что приводит к ограничению способности к обобщениям.

Пользуясь авторитетом, наработанным профессиональным сообществом людей, они представляют из себя «черный ящик», работающий непонятно на каких принципах и теориях. Одновременно с этим, для специалиста профессиональное сообщество является регулятором в профессиональной деятельности, предполагается, что он опирается на общие нормы и разделяет общепринятые этические стандарты. Ложь, некомпетентность специалиста психолога, будучи вскрытыми, ударяют по репутации и могут привести к его дисквалификации. Чат-боты, функционируя по принципу LLM, генерируют контент с опорой статистику, не заботясь о том, насколько он получается правдивым, что регулярно приводит к сообщению ложной информации, в том числе в критических ситуациях. Другим следствием отсутствия ответственности становятся откровенно вредные советы, в том числе направленные на причинение вреда себе или другим людям, сообщение информации, позволяющей спланировать, реализовать и сокрыть преступление [4]. Это также демонстрирует несоблюдение этического принципа непричинения вреда. Так, сама структура работы некоторых ИИ, направленная на установление любых глубоких эмоциональных связей с пользователем, выражающаяся в подтверждении любых его идей и убеждений приводит к усугублению имеющихся проблем: кристаллизации бреда, усугублению социальной дезадаптации.

Принцип уважения личности клиента включает отсутствие дискриминации, опора в работе на научные данные, избегание причинения вреда клиенту. Многочисленные исследования показывают наличие дискриминации в суждениях ИИ в отношении ряда групп граждан (например, страдающих психическими заболеваниями, употребляющих ПАВ

и тд). Закрытость информации о процессах обучения ИИ не позволяет делать достоверных выводов о том, на каких данных их обучают, насколько они научные и современные. Тут мы располагаем противоречивыми сведениями: от того, что данные, используемые для машинного обучения, заканчиваются 2021 годом издания, до того, что обучение продолжается постоянно и идет, в том числе, на информации, загружаемой пользователем.

Принцип конфиденциальности информации, получаемой от клиента, предполагающий, что разглашение возможно лишь в случае, если специалисту становится известно об угрозе жизни и здоровью самого клиентка или о том, что он представляет угрозу для других. В случае с ИИ доступ к чувствительной конфиденциальной информации внятно не регламентирован. Так, представитель Open AI сообщил, что она может быть предоставлена по решению суда, однако позже обнаружилось [5], что содержание многих диалогов между пользователями и ChatGPT доступно любому пользователю поисковика.

Таким образом, при использовании ИИ в практике оказания психологической помощи на текущий момент не соблюдаются базовые этические принципы, приверженность которым со стороны специалиста-психолога составляет гарантию безопасности для обращающегося. Несмотря на очевидные плюсы в виде бесплатности и доступности в любой момент, ИИ в настоящее время не может заменить работу со специалистом из-за имеющихся рисков.

Литература

1. Bunting C., Huggins R. Me, myself and AI: Understanding and safeguarding children's use of AI chatbots (online). URL: https://www.internetmatters.org/wp-content/uploads/2025/07/Me-Myself-AI-Report.pdf.
2. https://psyrus.ru/rpo/documentation/ethics.php
3. Berglund L., Tong M., Kaufmann M., Balesni M., Stickland A.C., Korbak T., Evans O. The Reversal Curse: LLMs trained on" A is B" fail to learn" B is A" // arXiv preprint arXiv:2309.12288. 2023.
4. Barry E. Human Therapists Prepare for Battle Against A.I. Pretenders // The New York Times. 2025: Vol.
5. https://www.fastcompany.com/91376687/google-indexing-chatgpt-conversations

Психолого-педагогические приемы развития эмоциональной грамотности участников СВО и членов семей как условие достижения более высоких результатов в социальной реабилитации и возвращения к созидательному труду

Ботова Ю.Б., Ермолаева А.В.
Федеральный координационный центр по обеспечению развития психолого-педагогической помощи в системе образования Российской Федерации ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
botovayub@mgppu.ru, ermolaevaav@mgppu.ru

Ключевые слова: эмоциональная грамотность, участники СВО, военнослужащие, реабилитация

Psychological and pedagogical techniques for developing emotional literacy among participants in the special military operation and their family members as a condition for achieving better results in social rehabilitation and returning to productive work

Botova Y.B., Ermolaeva A.V.
Federal Coordination Center for the Development of Psychological and Pedagogical Assistance in the Education System of the Russian Federation, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
botovayub@mgppu.ru, ermolaevaav@mgppu.ru

Keywords: emotional literacy, participants in the special military operation, military personnel, and rehabilitation

Современные реалии социальной реабилитации и возвращения к созидательному труду частников специальной военной операции (СВО) характеризуются высокими эмоциональными и психологическими нагрузками как для самих участников СВО, так и для членов их семей. Участники СВО часто сталкиваются с посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией и другими психическими расстройствами, что требует от членов семей не только участия, но и высокой эмоциональной грамотности.

Как отметил Mark R. McMinn [5], индивидуальный подход к человеку уже сам по себе обеспечивает целебную психологическую среду для клиента. Атмосфера исцеления усиливается, когда к каждому человеку относятся как к уникальной личности. Когда близкие начинают чувствовать себя уверенно и безопасно не только в кабинете врача, психолога и т.д., но и среди семьи, они словно лучше начинают слышать сами себя, и начинают помогать себе исцелять свою боль. «Люди обладают когнитивной способностью видеть историю шире, преодолевать импульсы поиска удовольствия и избегания боли, находить смысл в жизненных обстоятельствах, даже если это требует терпения дискомфорта» [5, с.205].

Развитие эмоциональной грамотности у участников СВО и их семей выступает ключевым фактором нейропластичности в посттравматическом восстановлении. Способность идентифицировать и вербализовать аффективные состояния [1] снижает интенсивность психосоматических реакций, формируя основу для когнитивной переработки травматического опыта. Умение членов семьи распознавать признаки дистресса у военнослужащего и корректно реагировать создает «терапевтический микроклимат» в повседневности, усиливая эффект профессиональной помощи.

В специально разработанной Российской модели психологического сопровождения семей участников (ветеранов) специальной военной операции, разработанной специалистами ФКЦ ФГБОУ ВО МГППУ отмечается то, что «эффективность сопровождения семей участников (ветеранов) боевых действий, переживающих острый длительный стресс по причинам травмы потери близкого, ранения военнослужащего, его пленения, или статуса «без вести пропавшего» зависит от установления теплых, доверительных отношений с психологами группы сопровождения» [4, с.29], а также от умения близких вовремя распознать ту или иную эмоцию, не обижаться, вовремя суметь применить допсихологическую помощь близкому. Такое комплексное сопровождение участников СВО в процессе психологического возвращения к созидательному труду, с активным участием не только профессиональной помощи, но и членов семей, дает большую возможность не «уходить» в паталогические состояния, а укрепляться в позиции активного члена общества, открывать для себя новые жизненные смыслы и перспективы.

В свою очередь, чтобы оказывать такую поддержку близким, важно уметь справляться с собственными переживаниями и быть достаточно эмоционально устойчивыми. Данная задача решается средствами психолога – педагогической направленности, являясь прежде всего решением задачи развития «функционального барьера» [3, с.473] как способности координировать аффективную реакцию. Развитие эмоциональной

грамотности включает обучение навыкам саморегуляции и управления стрессом, приемам допсихологической помощи.

Формирование «функционального барьера» [2] через педагогические приемы позволяет участникам СВО регулировать аффективные всплески, предотвращая дезадаптивное поведение. Для семей это минимизирует риск вторичной травматизации. Культивирование навыков рефлексии и осознанного отношения к собственному мышлению способствует переосмыслению жизненного опыта, поиску новых смыслов, что является критическим условием возвращения к созидательной деятельности. Системная работа над эмоциональной грамотностью повышает резилентность всех участников реабилитационного процесса.

Можно выделить следующие психолого-педагогические приемы: тренинг по распознаванию эмоций (ролевые игра и ситуационные упражнения), позволяющие практиковать навыки распознавания и интерпретации эмоций; практики активного слушания и эмпатии; упражнения на управление стрессом: включение дыхательных практик, медитации и других методов, способствующих эмоциональной регуляции; обучение техникам обратной связи: развитие навыков конструктивного общения, что улучшает взаимодействие с пациентами и способствует более открытому диалогу.

В условиях, когда пациенты сталкиваются с высокой эмоциональной нагрузкой и психологическими травмами, способность медицинских работников распознавать, понимать и управлять своими эмоциями, а также эмоциями пациентов, становится жизненно важной задачей.

Литература:

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания / Ф.Е. Василюк. М.: МГУ, 1984. 240с.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6-ти т.Т.5.Основы дефектологии под ред. Т.А. Власовой. М.: Педагогика, 1983. 368с.
3. Лурия А.Р. Природа человеческих конфликтов: Объективное изучение дезорганизации поведения человека. Москва: COGITO centre, 2002. 525 с.
4. Ульянина О.А., Ермолаева А.В., Волков Д.С., Комолова О.С. Модель психологического сопровождения семей участников (ветеранов) специальной военной операции / под общей редакцией О.А. Ульяниной. М.: МГППУ, 2024. 40с.
5. McMinn Mark R., «Christianity and Cognitive Therapy (Chapter 3 of Cognitive Therapy Techniques in Christian Counseling)» (1991). Faculty Publications – Grad School of Clinical Psychology. 267p.

Психофизиологические аспекты VIR-типа личности: к вопросу о нейрофизиологических основах одаренности

Бровкина С.Н.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
brovkina04@gmail.com
Бадалов А.А.
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика
andrey.badalov@bk.ru

Ключевые слова: интеллект, нейронауки, когнитивные науки, нейрофизиология, электроэнцефалография

Psychophysiological aspects of the VIR personality type: on the question of the neurophysiological foundations of giftedness

Brovkina S.N.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic
brovkina04@gmail.com
A.A. Badalov.
Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyz Republic
andrey.badalov@bk.ru

Keywords: intelligence, neuroscience, cognitive sciences, neurophysiology, electroencephalography

Введение. Как было указано в наших более ранних работах [1,2], рассмотрение интеллектуальной и творческой одаренности как составляющих единую систему в трех измерениях – «версативности», «интгенитивности» и «рапидности» (широты, глубины и скорости соответственно) интеллекта является весьма перспективным направлением развития нейрокогнитивных наук. Такой подход позволил нам выделить специфический VIR-тип личности, обладающий оптимальным для

становления интеллектуальной и творческой одаренности паттерном мозговой активности. Однако в настоящее время избранный нами подход уже является недостаточным. Развитие современных методов нейровизуализации позволяет рассматривать одаренность не только с точки зрения классических подходов тестирования/измерения, но и с позиции понимания морфофизиологического субстрата, лежащего в ее основе. Междисциплинарное исследование подобного рода механизмов, теоретические основы которого были заложены еще в работах гештальтпсихологической школы начала 20-го столетия, и стало целевым направлением представленной работы.

Цель исследования: определение зависимости основных нейрофизиологических показателей спектральной мощности ЭЭГ и показателей интеллектуальной и мыслительной активности респондентов с VIR-типом личности.

Материалы и методы. Были обследованы 2433 студента 1–5 курсов Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызской Государственной Медицинской академии, среди которых было отобрано 267 испытуемых с VIR-типом личности (средний возраст 20,4 ± 2,9). Критериями включения стали признаки, описанные Ц.П. Короленко и Н. Виклундом [3]: энурез, «зачарованность огнем», частые (не менее 2 раз в год на протяжении не менее 5 лет) сновидения с ощущением «полета» или «парения» или «падения» в пропасть.

Для исследования когнитивных характеристик испытуемых были использованы следующие экспериментальные психологические методики: для определения уровня интеллектуального развития – тест “Стандартные прогрессивные матрицы” Дж. Рэйвена и тест Кубики Коса; для исследования когнитивных стилей: методика АКТ-70 К.У. Эттриха в модификации И.П. Шкуратовой (полезависимость/поленезависимость), методика словесно-цветовой интерференции “Тест Струпа” (гибкость/ригидность когнитивного контроля), методика “Сравнение похожих рисунков” Дж. Кагана (импульсивность/рефлексивность).

В качестве нейрофизиологического метода использовалась регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ) с определением спектральной мощности основных ее ритмов у обследуемого контингента. Дополнительно исследованы корреляционные взаимосвязи между показатели психологических тестов и показателями спектральной мощности ЭЭГ исследуемых лиц.

Результаты и обсуждение. Основные показатели корреляционных взаимосвязей, касающихся теста Рэйвена демонстрируют отрицательную корреляцию между показателями уровня интеллекта по шкалам A, B и C и спектральной мощностью низкочастотных ритмов ЭЭГ

(дельта-, тета- и, частично, альфа2-ритмов). Преимущественная локализация несущих отрицательную корреляцию показателей спектральной мощности наблюдается в центральных, височных и теменных отделах коры головного мозга. Такая же тенденция достаточно активно отмечается в случае корреляционных зависимостей показателей теста Струпа и, в меньшей степени, тестов Готшальдта, Кагана и кубиков Коса. В последнем случае, однако, альфа2-ритм ЭЭГ имеет с показателями уровня интеллекта положительную корреляцию в центральных отделах коры.

Показатели теста Рэйвена, как и большинство показателей особенностей когнитивных стилей, несут положительные корреляции с уровнем спектральной мощности в высокочастотном ритмическом диапазоне (бета- и гамма-ритмы) ЭЭГ, преимущественно в височных и лобных отделах головного мозга. Единственным исключением в данном случае является тест Струпа – его показатели в тех же областях имеют отрицательные корреляции с данными спектральной мощности.

Указанные особенности психофизиологического изоморфизма, выявленные в результате корреляционного исследования, позволяют сделать некоторые выводы относительно функционирования нейросубстрата, обеспечивающего высокую эффективности решения задач респондентами. Отрицательная взаимосвязь между показателями интеллектуальной активности и низкочастотными ритмами ЭЭГ, часто встречающимися при различной патологии головного мозга, а также положительные взаимосвязи с высокочастотными ритмами, демонстрирующими уровень активации коры, являются, несомненно, очевидными и достаточно легко предугадываемыми. Однако особое значение нашего исследования демонстрируют те области головного мозга респондентов, где были обнаружены данные взаимодействия. К ним относятся, в первую очередь, теменно-височные и центральные отделы мозговой коры, т.е. отделы т.н. «задней ассоциативной области» по А.Р. Лурия, что не только подтверждает его теорию, связывающую интеллектуальную активность второго блока мозга с обработкой информации, но и демонстрирует важность областей, являющихся переходными между вторым и третьим (фронтальные отделы программирования и контроля выполнения действий) функциональными блоками – т.е. роль центральных отделов коры. Кроме того, выявленные особенности корреляционных взаимодействий отдельно взятых тестов (тест Струпа и кубики Коса) позволяют не только предположить достаточно выраженную гетерогенность функционирования отделов мозговой коры применительно к отдельным исследуемым особенностям, но и обосновать сами теоретические основы использования данных тестов и являются подтверждающим аргументов их применения на практике.

Выводы. Выбранный метод междисциплинарного исследования является перспективным в изучении интеллектуальной и творческой одаренности с позиции нейрофункционирования, и может быть расширен за счет его модификации с позиции современных возможностей нейронаук.

Литература

1. Бадалов А.А., Бровкина С.Н. Особенности когнитивных процессов у лиц с комплексом Икара в перспективе исследования феномена VIR-одаренности. Часть 1 // Вестник КРСУ. 2020. Т. 20. № 10. С. 118–124.
2. Бадалов А.А., Бровкина С.Н. Особенности когнитивных процессов у лиц с комплексом Икара в перспективе исследования феномена VIR-одаренности. Часть 2 // Вестник КРСУ. 2020. Т. 20. № 10. С. 125–132.
3. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А., Турчанинова И.В. Спектры психических переживаний: норма и патология: монография / под науч. ред. Ц.П. Короленко. Новосибирск: Немо Пресс, 2021. 284 с.

Нравственные и этические проблемы профессиональной деятельности в направлениях психологической науки

Брюхова Н.Г., Агафонова С.В.
Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева
Астрахань, Россия
bryukhova@list.ru, agafo-svetlana@yandex.ru

Ключевые слова: нравственность, этика, профессиональная деятельность, психология нравственности, психология профессиональной этики

Moral and ethical issues of professional practice in the fields of psychological science

Bryukhova N.G., Agafonova S.V.
Astrakhan Tatishchev State University, Astrakhan, Russia
bryukhova@list.ru, agafo-svetlana@yandex.ru

Keywords: morality, ethics, professional practice, psychology of morality, psychology of professional ethics

Вопросы этики профессиональной деятельности в современном обществе являются очень актуальными в связи с тем, что меняются мир, технологии, ситуации и способы взаимодействия между людьми. Для нахождения адекватных форм и способов оказания психологической помощи важно четко представлять границы допустимого и недопустимого, полезного и вредного в долгосрочной перспективе как для самого человека, так и для тех людей, с которыми он взаимодействует.

За последние десятилетия на стыке психологии человека и этики возникло несколько новых направлений психологической науки, занимающихся исследованиями нравственных и этических проблем профессиональной деятельности.

Одним из таких направлений является психология нравственности (С.К. Бондырева, Е.К. Веселова, Д.В. Колесов, А.И. Красило, В.Д. Шадриков), которая занимается вопросами нравственного становления и развития человека. Задачей данного направления является помощь человеку в совершении выбора и принятии решений на основе нравственных норм, в присвоении им этих норм. Представители этого

направления определяют нравственность как «область свободных и ответственных поступков личности, ее внутренних мотивов и побуждений творить добро» [В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев, 1995, с. 335]. Авторы выделяют высшие нравственные качества человека, которые обусловливают выражение нравственности в поведении: любовь к другим, доброжелательность (добродетельность), эмпатия, совесть, свобода воли [В.Д. Шадриков, 2017]. А.Н. Бражникова отмечает, что «становление личности профессионала и ее реализация в рамках трудовой деятельности – это такая сфера общественной практики, где очень тесно переплетаются интересы общества и конкретного индивида. Нравственность, представляя сложное психическое образование, является самым существенным условием становления личности профессионала и эффективности его профессиональной деятельности» [А.Н. Бражникова, 2024, с. 229]. Психология нравственности акцентирует внимание на нравственно-ориентированном направлении профессионального образования, создающим «условия для изменения внутреннего мира развивающейся личности наполнения ее новым содержанием, стремлением, побуждением к нравственным поступкам, и способности следовать закону совести в каждый момент своей жизни и профессиональной деятельности» [А.Н. Бражникова, 2024, с. 229].

Следующим направлением является нравственная психология (Б.С. Братусь, М.И. Воловикова, С.Л. Рубинштейн, Т.А. Флоренская), которая рассматривает процессы, происходящие в нравственной сфере человека и общества, а также проводит переоценку психологических теорий, профессиональной практики специалистов-психологов и их последствий с точки зрения нравственности [М.И. Воловикова, 2018].

Еще одним направлением является этическая психология (Л.М. Попов, О.Ю. Голубева, П.Н. Устин), изучающая то, каким образом поведение и поступки человека соотносятся с общечеловеческими, национальными, религиозными и другими нормами поведения, принятыми в обществе, с целью определения возможности и способов их коррекции и преобразования в добропорядочные формы поведения. Представители этической психологии полагают, что источником для ее развития является философское и религиозное наследие отечественных мыслителей и духовных лиц.

Л.М. Попов отмечает, что от психологов сейчас требуется не столько открытие новых психологических механизмов, создание новых моделей психики, сколько вхождение в общечеловеческую проблему своевременного распознавания деструктивных элементов в поведении, их последующей коррекции и даже превращение в собственную противоположность. Различать благотворное (созидательное) или вредное

(разрушительное) поведение и поступки необходимо с позиций различения Добра и Зла. Ориентация на Добро предполагает выбор в пользу милосердия, совести, свободы, счастья, ориентация на Зло – в пользу тщеславия, агрессии, насилия, грубости [Л.М. Попов, О.Ю. Голубева, П.Н. Устин, 2008]. Сторонники этической психологии предлагают включить ее в структуру психологию личности в качестве раздела «Этика в психологии личности».

В структуре самой этической психологии выделяют раздел «Психология профессиональной этики», в рамках которого рассматривают нравственно-этические проявления личности и ее духовности в процессе реализации профессиональной деятельности. Задачами профессиональной этики являются: позитивное изменение духовности личности, развитие положительных морально-нравственных качеств специалиста, выработка гуманной позиции в своей профессии. Это позволит стать профессионалом в своем деле, эффективно решать практические задачи профессиональной деятельности, предупредить появление профессиональной деформации.

Таким образом, в последние десятилетия проводятся многочисленные исследования нравственных и этических проблем профессиональной деятельности. В результате возникло несколько новых направлений в психологической науке, к числу которых относятся нравственная психология, психология нравственности и этическая психология. В рамках данных направлений осуществляется поиск и разработка психологических средств формирования и развития нравственных и этических качеств личности человека, благодаря которым он действует, в том числе в профессиональной сфере, созидательно и эффективно в интересах общества.

Литература

1. Бражникова А.Н. Психология нравственности в становлении личности профессионала: проблемы и перспективы развития / А.Н. Бражникова // Современное состояние и перспективы развития психологии труда и организационной психологии: Материалы IV Международной научно-практической конференции, Москва, 17–18 октября 2024 года. Москва: Институт психологии РАН, 2024. С. 229–243.
2. Воловикова М.И. Нравственная психология: современное состояние и перспективы исследований / М.И. Воловикова // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. 2018. Т. 3. № 2 (10). С. 6–29.
3. Попов Л.М., Голубева О.Ю., Устин П.Н. Добро и зло в этической психологии личности. М.: Институт психологии РАН, 2008. 240 с.
4. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности. Учебное пособие для вузов. М.: Школа-Пресс, 1995. 384 с.
5. Шадриков В.Д. Совесть и ее воспитание / В.Д. Шадриков. Москва: Университетская книга, 2017. 112 с.

Самоотношение и представление о психологической поддержке у подростков с самоповреждающим поведением

Булыгина М.В., Апреликов Д.Д.
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
buluginamv@mgppu.ru

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, подростки, самоотношение

Self-attitude and the idea of psychological support in adolescents with self-harming behavior

Bulygina M.V., Aprelikov D.D.
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
buluginamv@mgppu.ru

Keywords: self-harming behavior, adolescence, self-attitude

Введение. По данным ВОЗ, в некоторых странах количество подростков, прибегающих к самоповреждениям, достигает 25%. В России данный показатель около 15% [3]. Это серьезная проблема, требующая внимания со стороны общества и специалистов. Подростки с самоповреждающим поведением часто находятся в состоянии стресса, имеют психологические проблемы, испытывают сложности в общении, эмоциональной регуляции и самооценке. Важным профилактическим фактором подобных форм поведения является ощущение достаточной психологической поддержки. Целью данной работы было выявление особенностей самоотношения и представления о психологической поддержке близких у подростков с самоповреждающим поведением.

Методы: Социодемографическая анкета; Утверждения о самоповреждениях (ISAS), адаптация А.Е. Адлер; Методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантилеева; Опросник «Социальной поддержки» F-SOZU-22 Г. Соммер и Т. Фидрич в адаптации А.Б. Холмогоровой; Многомерная шкала социальной поддержки Дж. Зиммет в адаптации Н.А. Сирота и В.М. Ялтонского. Данные обработаны с помощью

критериев Манна – Уитни, Краскалла – Уоллиса, корреляционного анализа по критерию Спирмена.

В исследовании приняли участие 104 подростка (14–18 лет; M=16,25: 66 девочек и 38 мальчиков). В группу с самоповреждающим поведением (СПП) вошли 63 человека (21 мальчик, 42 девочки), которые в анкете указывали эпизоды умышленного самоповреждения (порезы, царапины, ожоги). Контрольная группа (К) состояла 41 человека (17 мальчиков, 24 девочек). Группа СПП была стратифицирована по частоте самоповреждений. Выделено три подгруппы: «редко» прибегающие к самоповреждению – 1–2 раза за год (N=28); «периодически» прибегающие к самоповреждению – 5–6 раз за год (N=14); «часто» прибегающие к самоповреждению – более 10 раз за год (N=21).

Результаты. По результатам социально-демографической анкеты оказалось, что 17,5% подростков группы СПП не имеют близких друзей, 12,7% часто проводят время в одиночестве. В контрольной группе об отсутствии друзей заявили 9,8% респондентов, и только 4,9% предпочитают одиночество. По методике SOZU-22 значимых различий по воспринимаемой эмоциональной и инструментальной поддержке со стороны близких, а также по уровню социальной интеграции и удовлетворённости поддержкой между подростками двух групп выявлено не было. Однако сравнение трех подгрупп подростков с СПП выявило, что чем выше частота самоповреждений, тем ниже восприятие эмоциональной и инструментальной поддержки от близких, ниже удовлетворенность социальной поддержкой и ниже уровень социальной интеграции (различия значимы при $p \leq 0{,}001$).

Сравнение уровня поддержки, получаемой от ближайшего окружения по методике MSPSS показало, что подростки обеих групп практически одинаково оценивают поддержку семьи. Различия между группами обнаружены в оценке поддержки друзей ($U = 976{,}5$; $p = 0{,}0353$) и значимых других (в качестве значимого лица подростки называли учителя, тренера, партнера или близкого наставника) ($U = 906{,}5$; $p = 0{,}01$). Подростки с СПП значимо ниже оценивали уровень их поддержки, чем подростки контрольной группы. Сравнив три подгруппы подростков с СПП с помощью критерия Краскалла – Уоллиса, были обнаружены статистические различия (при $p < 0{,}001$). Оценка поддержки со стороны семьи, друзей и значимых других существенно снижалась с ростом частоты самоповреждений. Наиболее высоко она оценивалась подростками с единичными случаями СПП и ниже всего – подростками с частыми эпизодами СПП, что свидетельствует о нарастании чувства социальной изоляции и потере доверия к окружающим. Это подтверждает представления о роли субъективного восприятия поддержки как ключевого

медиатора адаптивности поведения [2]. Повторяющееся самоповреждение может, в свою очередь, усиливать отдаление от значимых других, закрепляя аутоагрессию, как способ эмоциональной саморегуляции и средство коммуникации.

Результаты социально-демографической анкеты, методик MSPSS, F-SOZU-22 свидетельствуют о дефиците внесемейных социальных связей и снижении доверия к внешним фигурам, что уточняет и конкретизирует положения о буферной функции социальной поддержки, подчеркивая ключевую роль межличностных компонентов поддержки в защите от деструктивного поведения [2, 4, 5].

Анализ мотивов самоповреждения у подростков группы СПП по методике ISAS ожидаемо выявил большую выраженность мотивов самоповреждения у подростков с частыми эпизодами СПП. Наиболее частыми мотивами СПП являются интрапсихические мотивы, антидиссоциация, эмоциональная регуляция и самонаказание. Реже встречаются интерперсональные мотивы: желание оказать влияние на других, привлечь внимание, что указывает на сложную внутреннюю и межличностную детерминацию поведения.

Сравнение особенностей самоотношения у подростков контрольной группы и группы СПП показало, что у подростков из группы СПП существенно ниже склонность к самообвинению, это может быть связано с тем, что хронические акты самоповреждения могут притуплять чувство вины и формировать другие механизмы саморегуляции. При этом интересно, что у тех, кто часто прибегает к самоповреждению, самообвинение выражено сильнее, чем у подростков с единичными эпизодами.

Результаты корреляционного анализа по критерию Спирмена в группе СПП обнаружили связи между показателями самоотношения и восприятием психологической поддержки со стороны близких. Самопринятие, внутренняя конфликтность и низкий уровень самообвинения связаны с высокой оценкой психологической поддержки, исходящей со стороны ближайшего окружения.

Корреляционный анализ выявил, что усиление практически всех мотивов самоповреждающего поведения связано с высоким самообвинением, низким самопринятием и сниженной внутренней конфликтностью, что указывает на ослабление способности к осознанию и интеграции противоречивых переживаний. Особенно отчётливо это проявляется в мотивах самонаказания, анти-диссоциации, заботы о себе, межличностного влияния и мести, что подтверждает их многофункциональный характер и соответствие когнитивно-эмоциональной модели аутоагрессии [1; 4, 5].

Выводы. У подростков с СПП отмечается большая неудовлетворенность собой, желание изменить себя, при этом они в меньшей степени склонны к самообвинению. По мере учащения случаев СПП усиливаются негативные установки в отношении себя, расширяется спектр используемых мотивов самоповреждения, а также снижается субъективная оценка поддержки со стороны близких, уменьшается количество внесемейных связей. Это указывает на постепенное углубление деструктивной модели саморегуляции.

Выявлены связи между выраженностью аутоагрессивных мотивов, сниженным самопринятием, повышенным самообвинением, а также сниженной поддержкой со стороны окружающих.

Литература

1. Кузнецова С.Ю., Басова А.Я., Залманова С.Л., Хломов К.Д. (2023). Образ тела у подростков с суицидальным и несуицидальным поведением // Клиническая и специальная психология, 2, 138–163.
2. Польская Н.А. (2017). Психология самоповреждающего поведения. М.: URSS, 320 с.
3. Финашина М.Е., Павлова О.С. (2024). Я-концепция старших подростков, склонных к аутоагрессии // Вестник практической психологии образования, 21(1), 97–110.
4. Miller M., Janulis P., Martinez J. (2021). Motivations for Self-Harm in Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 18(7), 33–61.
5. Richardson R., Goodman L., McLeod G.F.H. (2024). Risk and Protective Factors in Adolescent Self-Harm. J Youth Adolesc., 53(6), 1157–1171.

Представления молодежи о психологической поддержке близких и отношение к собственному телу

Булыгина М.В., Лапина А.М.
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
buluginamv@mgppu.ru

Ключевые слова: отношение к телу, психологическая поддержка, молодежь

Young people's ideas about psychological support for their loved ones and their attitude towards their own bodies

Bulygina M.V., Lapina A.M.
Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia
buluginamv@mgppu.ru

Keywords: attitude to the body, psychological support, youth

Введение. Неудовлетворенность собственным телом среди молодежи – распространённое явление. Стандарты стройности женских фигур и атлетичности мужских фигур активно транслируются через медиа контент. Расхождение между эталонным и реальным телом провоцирует рост неудовлетворенности своей внешностью, повышает риск возникновения депрессивных состояний и формирования пищевых аддикций. Особую роль в формировании негативного отношения к телу играет ближайшее окружение. В ряде отечественных и зарубежных работ показано, что негативные высказывания родителей и сверстников о внешности молодых людей провоцируют снижение их самооценки, неудовлетворенность собственным телом и зачастую приводят к соматическим расстройствам и нарушению пищевого поведения [1, 3, 4, 5]. Целью настоящего исследования являлось выявление связи между удовлетворенностью собственным телом молодых людей и их представлениями о психологической поддержке со стороны ближайшего окружения.

Методы: Социально-демографическая анкета; Шкалы «Страх негативной оценки внешности» и «Чувствительность к отвержению из-за

внешности» в адаптации А.Ю. Разваляевой, Н.А. Польской; Опросник социальной поддержки F-SozU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой; Опросник образа собственного тела О.А. Скугаревского, С.В. Сивухи; Опросник социальной поддержки SSQ6. Данные обработаны с помощью методов математической статистики.

Выборка. 69 студентов московских вузов 20–24 лет, (31 мужчина, 38 женщин), несемейные, без детей. 30 человек состояли в стабильных романтических отношениях. В первую группу вошли 31 респондент, удовлетворённый своим телом (13 мужчин, 18 женщин), во вторую – 38 респондентов, неудовлетворенных собственным телом (18 мужчин, 20 женщин).

Результаты. Не выявлено значимых различий между мужчинами и женщинами по уровню удовлетворенности телом. Отметим, что в данной выборке 55% мужчин и 52,6% женщин не удовлетворены своим телом. Этот результат согласуется с современными работами и подчеркивает, что проблема отношения к собственному телу перестала быть исключительно «женской темой» и всё чаще затрагивают мужчин [2].

Сопоставление данных групп, удовлетворенных и неудовлетворенных собственным телом, выявила различия на уровне тенденции. Молодые люди, неудовлетворенные собственным телом, реже, чем удовлетворенные телом, отмечают получение эмоциональной поддержки со стороны ближайшего окружения ($U = 449$, при $p=0,091$) и ниже оценивают собственную социальную интеграцию ($U = 445$, при $p=0,081$).

Было установлено, что в группе неудовлетворенных собственным телом молодые мужчины по сравнению с девушками ниже оценивают эмоциональную поддержку со стороны ближайшего окружения ($U = 105$, при $p = 0,029$) и в большей мере не удовлетворены поддержкой со стороны семьи ($U = 72,5$, при $p = 0,002$). 27,8% мужчин, неудовлетворенных собственным телом, считают, что не могут положиться на членов семьи, в то время как в группе удовлетворенных собственным телом, таких ответов не было (различия между группами значимы при X^2-Пирсона 4,306, $p=0,038$). Большинство девушек, удовлетворенных и неудовлетворенных собственным телом, уверенно отвечали, что могут положиться на членов семьи. Но девушки, неудовлетворенные собственным телом, чаще отмечали критичное отношение к себе родственников.

Наиболее интересный результат выявлен относительно психологической поддержки партнера. 62,5% девушек, неудовлетворенных собственным телом и находящихся в стабильных романтических отношениях, склонны рассчитывать на помощь и поддержку партнера, чем удовлетворенные собственным телом девушки (12,5%). Неудовлетворенные телом девушки чаще считают, что их молодые люди позаботятся

о них и принимают такими, какие они есть. Склонность неудовлетворенных собственным телом девушек опираться на партнера может быть проинтерпретирована через призму теории привязанности, когда, лица с неустойчивой самооценкой ищут в близких отношениях «безопасную базу» для стабилизации эмоционального состояния. Заметим, что в группе мужчин обратная тенденция, именно удовлетворенные телом юноши значительно чаще считают, что могут положиться на партнершу. Выявленные различия в восприятии эмоциональной поддержки между мужчинами и женщинами согласуются с исследованиями, в которых показано, что, юноши чаще придерживаются стратегии самостоятельного преодоления трудностей, когда наиболее приемлемой является инструментальная поддержка со стороны близких, а не эмоциональная. Поскольку запрос на эмоциональное участие со стороны ближайшего окружения может восприниматься ими как проявление слабости [1].

Корреляционный анализ по критерию Спирмена показал связь между показателями удовлетворенности собственным телом и восприятием психологической поддержки. Так, чем выше неудовлетворенность собственным телом, тем ниже уровень социальной интеграции ($r= –0,330$ при $p<0,001$) и тем ниже уровень воспринимаемой эмоциональной поддержки от близких ($r= –0,245$ при $\rho=0,042$). Низкий уровень эмоциональной поддержки оказался связан с высокой чувствительностью к отвержению из-за внешности ($r= –0,452$, при $p \leq 0,001$); ожиданием отвержения ($r= –0,466$, при $p \leq 0,001$); и выраженностью беспокойства по поводу тела ($r= – 0,245$, при $p=0,042$). Кроме того было выявлено, что неудовлетворенность собственным телом связана с: чувствительностью к отвержению из-за внешности ($r=0,581$, при $p<0,001$); страхом отвержения со стороны окружающих ($r =0,436$, при $p<0,001$) и ожиданием отвержения со стороны окружающих ($r=0,582$, при $p<0,001$). Другими словами, неудовлетворенность собственным телом связана с ожиданием отказа в поддержке стороны близкого окружения. Данные корреляционного анализа согласуются с исследованиями Н.А. Польской, которая отмечает, что страх негативной оценки внешности напрямую влияет на социальные взаимодействия [4].

Выводы. Недовольство своим телом, страх и ожидание отвержения со стороны окружающих связаны с низкой вовлеченностью в социальные отношения и снижением эмоциональной поддержки со стороны значимых людей. Молодые люди, по сравнению с девушками, в меньшей степени удовлетворены психологической поддержкой, получаемой от семьи, реже на нее рассчитывают, они ниже оценивают значимость эмоциональной поддержки, исходящей от ближайшего окружения. Неудовлетворенные собственным телом девушки, находящиеся

в романтических отношениях, при возникновении трудных ситуаций склонны полагаться на партнера, а не на членов семьи (45% считает, что родственники относятся к ним критично). Девушки, удовлетворенные собственным телом, считают, что семья принимает их полностью, со всеми их недостатками, поэтому полагаются именно на членов семьи, и реже на партнера.

Литература

1. Арина Г.А., Мартынов С.Е. (2009). Средства массовой информации как фактор возникновения озабоченности собственной внешностью в юношеском возрасте // Культурно-историческая психология. 5(4), 105–114.
2. Баксанский О.Е., Скоробогатова А.В. (2020). Психологические особенности развития личности в период молодости. Образовательные технологии. 2, 77–86.
3. Булыгина М.В., Гололобова М.В. (2016). Представление о себе у младших школьников с психосоматическими расстройствами // Северный регион: наука, образование, культура, 1(33), 8–12.
4. Польская Н.А., Якубовская Д.К., Разваляева А.Ю. (2023). Уязвимость к межличностному отвержению из-за внешности в бодипозитивных и проанорексичных онлайн-сообществах // Социальная психология и общество. 14 (1), 159–171.
5. Tanguay C., Lavoie C., Lavigne G., Carbonneau N. (2025). Adolescents' reports of parental objectification of others' bodies are associated with their body image and eating behaviors. BMC Psychology, 13(1), https://doi.org/10.17759/pse.2025300

Изменение поведения человека после серии погружений в VR ролевую игру

Варламов А.В., Баранова А.В.
ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия
vrlmv@vav62.ru, av_baranova.62@mail.ru

Ключевые слова: виртуальная реальность, VR, изменения поведения, ролевая видеоигра

Changes in human behavior after a series of immersions in a VR role-playing game

Varlamov A.V., Baranova A.V.
Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ryazan, Russia
vrlmv@vav62.ru, av_baranova.62@mail.ru

Keywords: virtual reality, VR, behavior modification, role-playing video game

Введение. Компьютерные ролевые игры представляют собой популярную форму досуга, получившую новый импульс развития с появлением технологий виртуальной реальности. Высокая иммерсивность данного типа игр, обеспечиваемая возможностью создания персонажа и действий от его лица, значительно усиливается в условиях виртуальной реальности, где игровой процесс происходит буквально руками персонажа от первого лица. Исследования показывают, что взаимодействие с виртуальными средами может приводить к явлению переноса игрового опыта (Game Transfer Phenomenon), когда элементы игрового процесса проникают в реальный мир и влияют на поведение субъекта [Pajić, D. et. al., 2025]. Феномен поведенческого переноса из виртуальной среды в реальность получил подтверждение в ряде экспериментальных работ. Установлено, что опыт воплощения в различных аватарах может изменять реальное поведение субъекта – например, испытуемые, воплощенные в более высоких аватарах, демонстрируют более агрессивные переговорные стратегии [Li, P., Qu, F., & Yu, Z., 2024] Актуальным остается изучение непреднамеренного обучения поведению через игровой отыгрыш персонажа и механизмов его проявления в повседневной жизни [Liu, Z.-M., & Chen, Y.-H., 2023].

Материалы и методы. В исследовании участвовали 10 человек (8 мужчин и 2 женщины, средний возраст 21,5 ± 3 года) с различным опытом компьютерных игр. Для эксперимента была выбрана игра Skyrim VR, позволяющая после обучающего введения свободно строить стратегию взаимодействия с виртуальным миром в зависимости от игровых намерений. Исследование проводилось в период март-август 2021 года по следующей схеме: в течение пяти дней испытуемые ежедневно играли в Skyrim VR в течение часа под наблюдением экспериментатора, который не вмешивался в игровой процесс. Параллельно проводилось диагностическое тестирование с использованием методики определения межличностных отношений (ОМО) и теста Лири для контроля изменений в самовосприятии испытуемого, восприятии персонажа и оценке поведения со стороны социального окружения. Данные собирались до начала эксперимента, в 1-й, 3-й и 5-й дни, а также после завершения эксперимента. Статистическая обработка осуществлялась с помощью критерия φ-Вилкоксона и построения общей линейной модели.

Результаты. Анализ самооценки испытуемыми различий между собой и игровым персонажем выявил значимые изменения по четырем параметрам теста Лири на протяжении всего исследования. По показателю «Эгоистичность» различия составили: 1-й день (φ= –2,572, p=0,01), 3-й день (φ= –2,253, p=0,024), 5-й день (φ= –2,816, p=0,005). Параметр «Подчиняемость» показал: 1-й день (φ= –2,494, p=0,013), 3-й день (φ= –2,670, p=0,008), 5-й день (φ= –2,677, p=0,007). По показателю «Зависимость»: 1-й день (φ= –2,615, p=0,009), 3-й день (φ= –2,439, p=0,015), 5-й день (φ= –2,677, p=0,007). Для параметра «Дружелюбность»: 1-й день (φ= –1,734, p=0,085), 3-й день (φ= –2,680, p=0,007), 5-й день (φ= –2,609, p=0,009). Показатель «Альтруистичность» демонстрировал значимые изменения в середине эксперимента: 1-й день (φ= –1,498, p=0,134), 3-й день (φ= –2,448, p=0,014), 5-й день (φ= –1,736, p=0,083).

Согласно оценкам испытуемых, их персонажи проявляли большую ориентацию на собственные потребности, меньшую уступчивость, большую независимость, сниженное дружелюбие и меньшую заботу о благе других по сравнению с собственным поведением. Сторонние наблюдатели фиксировали реальные поведенческие изменения у испытуемых. Экспериментатор отметил значимые различия в характеристиках «Зависимость» и «Альтруистичность». Наблюдались значимые изменения в оценке авторитарности (след Пиллаи 0,528, p=0,05) и эгоистичности (след Пиллаи 0,59, p=0,028) отыгрываемого персонажа с тенденцией к росту. Социальное окружение испытуемых зафиксировало значимые изменения в поведении: повышение агрессивности (φ= –2,373, p=0,018).

Выводы. Исследование продемонстрировало, что отыгрыш персонажа в RPG-игре в виртуальной реальности вызывает непреднамеренные изменения в реальном поведении субъекта. Поведение испытуемых в игре, воспринимаемое ими как отличное от собственного, тем не менее, проявлялось в повседневном общении с окружающими. Расширение поля потенциально реализуемых возможностей в игровом пространстве приводило к формированию более независимых и эгоцентричных поведенческих паттернов. Виртуальная среда, создавая иллюзию наполненности другими людьми, позволяла игроку сохранять понимание собственной исключительности в обладании сознанием и способностью к изменениям, что объясняет наблюдаемые сдвиги в поведенческих показателях.

Литература:

1. Liu Z.-M., & Chen Y.-H. (2023). A modularity design approach to behavioral research with immersive virtual reality: A SkyrimVR-based behavioral experimental framework. Behavior Research Methods, 55(7), 3805–3819. https://doi.org/10.3758/s13428–022–01990–6
2. Li P., Qu F., & Yu Z. (2024). Influence of avatar identification on the attraction of virtual reality games: Survey study. JMIR Serious Games, 12, e55799. DOI: 10.2196/56704
3. Pajić D., Sadiković S., Oljača M., Popović Ž., Milić L., Stojanović G., Božović T., Damnjanović K., & Krsmanović T. (2025). Risky behavior in virtual reality: The roles of personality, environment, and physiology. PLOS ONE, 20(1), e0316896. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316896

Негативная аффективность как индивидуально-психологическое перекрестье тревожных и аффективных расстройств

Васильева А.В.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, РОП, Санкт-Петербург, Россия
annavdoc@yahoo.com
Барт Д.А.
Войсковая часть 28337, Кубинка, Россия
dr.bart.da@mail.ru

Ключевые слова: негативная аффективность, инструменты для диагностики, тревога, депрессия

Negative affectivity as an individual psychological intersection of anxiety and affective disorders

Vasilyeva A.V.
National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev of The Russian Federation Ministry of Health, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Russian Society of Psychiatrists, Saint Petersburg, Russia
annavdoc@yahoo.com
Bart D.A.
Military unit 28337, Kubinka, Russia
dr.bart.da@mail.ru

Keywords: negative affectivity, diagnostic tools, anxiety, depression

В настоящее время эффективность использования психосоциальных интервенций в лечении непсихотических психических расстройств не вызывает сомнений. Последние десятилетия ознаменовались значительным ростом базы доказательных исследований применения различных методов психотерапии благодаря разработке нозоспецифических протоколов с мишенецентрированными интервенциями.

Одновременно с этим усиливается критическая оценка существующих классификаций психических расстройств, за отсутствие этиопатогенетического подхода, невозможность подтверждения диагноза объективными методами, высокую коморбидность, когда практически половина пациентов имеет два и более диагнозов, что для практического применения психотерапии ставит вопрос какое расстройство необходимо лечить в первую очередь и каким образом должны сочетаться нозоспецифические методы. Ленинградская-Санкт-Петербургская школа психотерапии в основу своей работы всегда ставила личность и ее систему значимых отношений, что созвучно научным интересам Б.В. Зейгарник в изучении личностных аномалий и их вклада в манифестацию психических расстройств одновременно с анализом структуры нормально протекающей психической деятельности.

Одновременно с этим традиции отечественной клинической психологии и психотерапии ориентированы в большей степени на патогенетическое лечение, на поиск механизмов или личностных особенностей, лежащих в основе психических расстройств и определяющих их клинические проявления. Негативная аффективность (НА) как раз может рассматриваться как один из таких конструктов, который активно исследуется в разных странах. НА представляет собой устойчивую черту личности, формирующуюся под влиянием генетических, нейробиологических и психологических факторов. Основные характеристики: Тенденция испытывать широкий спектр отрицательных эмоций с частотой и интенсивностью, несоразмерными реальной ситуации. Спектр негативных эмоций включает: тревогу и беспокойство, гнев и враждебность, страх и уязвимость, депрессию и пессимизм, чувство вины и стыда, низкую самооценку, недоверчивость. Гиперчувствительность к внешним раздражителям. Негативный фокус – склонность к чрезмерному анализу и фиксации на отрицательных аспектах жизни. Пессимистическое восприятие – видение мира и себя в негативном свете. Постоянное исследование окружающего пространства на предмет потенциальных угроз. По сути, можно говорить о том, что НА лежит в основе мотивационно-личностных нарушений у пациентов с расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

В настоящее время термин НА широко применяется в зарубежной литературе, МКБ-11, DSM—V, ряде клинических рекомендаций РОП. Однако не существует практико-ориентированных инструментов, которые позволили бы непосредственно персонализировано определять мишени для психотерапии для конкретного пациента. Оценка уровня выраженности и специфики проявлений НА у пациентов могла бы внести существенный вклад в разработку трансдиагностических психотерапевтических программ для пациентов с невротическими

расстройствами. Следует отметить, что на сегодняшний день в арсенале российских психологов и психотерапевтов отсутствует удобный валидный инструмент для оценки НА. Это создает определенные трудности для: диагностической работы, научных исследований, разработки персонализированных программ психотерапии, прогнозирования развития эмоциональных расстройств.

Решение данной проблемы требует разработки и адаптации соответствующего психодиагностического инструментария, что позволит интегрировать современные научные достижения в российскую практику и расширить возможности для изучения эмоциональных расстройств.

Разработка соответствующего измерительного инструмента станет значительным шагом в развитии клинической психологии и психотерапии.

Временная перспектива и толерантность к неопределенности в период юности и ранней взрослости

Васильева В.И.
НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия
kositsina-vi@inpsycho.ru

Ключевые слова: юность, ранняя взрослость, временная перспектива, толерантность к неопределенности

Time perspective and tolerance to uncertainty in adolescence and early adulthood

Vasileva V. I.
«Moscow Institute of Psychoanalysis», Moscow, Russia
kositsina-vi@inpsycho.ru

Keywords: adolescence, early adulthood, time perspective, tolerance to uncertainty

Введение. Период юности и ранней взрослости характеризуются критическими задачами развития, где способность конструктивно воспринимать неопределенность и гибко оперировать временной перспективой напрямую влияет на успешность адаптации и психологическое благополучие личности.

Толерантность к неопределенности обозначена нами, как диспозиционная и динамичная черта личности, которая помогает индивиду принять неоднозначность ситуации, нетипичность и непривычность условий, в которых организуется деятельность и принимаются решения.

Временная перспектива – бессознательное восприятие времени, которое влияет на различные аспекты личности (когнитивные, эмоциональные, поведенческие). Временная перспектива структурирует и дифференцирует его на настоящее, прошлое и будущее, каждая из которых имеет своим подкатегории.

Цель нашего исследования – изучить динамику изменений временной перспективы и толерантности к неопределенности в период юности и ранней взрослости

Материал и методы. Эмпирическую базу исследования составили респонденты в возрасте от 17 до 26 лет (MD = 21,5). Всего приняли

участие 655 человек из различных регионов Российской Федерации: Воронеж, Москва, Санкт-Петербург, Казань. Из них 54,2% женщины, 45,8% мужчины. В группе юношей 298 респондентов, в группе ранней взрослости 357 респондентов.

Методики исследования: Новый опросник толерантности к неопределенности Т.В. Корниловой [1], опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, адаптированный О.В. Митиной и А. Сырцевой 2008 г. [2].

Для статистической обработки использовалась программа SPSS 27.0, критерий Колмогорова-Смирнова, Т-Стьюдента.

Результаты. Толерантность к неопределенности демонстрирует значимые отличия в шкалах толерантности к неопределенности ($p<0,05$) d Коэна 0,161, межличностной интолерантности к неопределенности ($p<0,05$) d Коэна 0,738. В период юности наблюдаются минимальные и значимые отличия по показателю толерантности к неопределенности по сравнению с периодом ранней взрослости. Показатели межличностной интолерантности к неопределенности имеют значимые отличия с достаточно высоким показателем мощности в период юности в сравнении с ранней взрослостью. Снижение толерантности в юности может быть связано с частыми столкновениями с неопределенностью выбора жизненного пути (профессия, ВУЗ) и формированием идентичности. Значительный рост межличностной интолерантности в юности достаточно логичен в контексте активного поиска друзей, партнеров, своего места в социальных группах, где неопытность и чувствительность к отвержению делают неопределенность в межличностной сфере особенно дискомфортной [Корнилова Т.В., Шилова О.В., 2022].

Отличия в показателях временной перспективы обнаружены в показателях негативного прошлого ($p<0,05$) d Коэна 0,169. Данные отличия минимальны и наблюдаемы, что говорит об их незначительных изменениях. Это может свидетельствовать о том, что личность в юношеском возрасте чаще воспринимает собственное прошлое как нечто неприятное, опыт, который вызывает напряжение. Предположительно это обусловлено особенности проживания кризиса идентичности по Э. Эриксону, а именно «психическим мораторием», где через метод проб и ошибок человек интегрируется и становится частью общества. Ввиду насыщенности различными социальными ситуациями в юношестве могут наблюдаться возвратные реакции в негативный опыт, обращение к негативным эмоциям.

Также отличия обнаружены в показателях фаталистического настоящего ($p<0,05$) d Коэна 0,181. Это может свидетельствовать о том, что в юности преобладает ориентация на предопределенность будущего. То, что произошло сейчас никак не изменится в будущем, в ранней

взрослости ввиду развития критичности мышления появляется представление о том, что будущее можно трансформировать. Многие люди в период юности все еще находятся в значительной зависимости от родителей, образовательных институтов и социального окружения в вопросах финансов, проживания, принятия ключевых решений. Эта ограниченная автономия может подпитывать чувство фатализма, ощущение, что основные жизненные траектории заданы извне.

Выводы. Толерантность к неопределенности и временная перспектива не одинаковы в период юности и ранней взрослости. Период юности отличается низкой адаптивностью к неопределенности, в особенности в межличностных взаимоотношениях, а также негативным восприятием прошлого и фаталистическим взглядом на настоящее по сравнению с ранней взрослостью.

Литература:

1. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности – интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010 Т. 31 № 1. С. 74–86.
2. Митина О.В., Сырцова А. Опросник по временной перспективе Ф. Зимбардо (ZTPI): результаты психометрического анализа русскоязычной версии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2008. № 4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/oprosnik-po-vremennoy-perspektive-f-zimbardo-ztpi-rezultaty-psihometricheskogo-analiza-russkoyazychnoy-versii (дата обращения: 02.07.2025).

Прокрастинация как стратегия совладания с тревогой в студенческой популяции

Воликова С.В.
Российский университет транспорта
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
svetlanavv2006@yandex.ru
Балакина С.Н.
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
sbalakina16@mail.ru
Снегирёва Т.В.
Российский университет транспорта, Москва, Россия
stv217@yandex.ru

Ключевые слова: академическая прокрастинация, копинг-стратегии, депрессия, тревога

Procrastination as a strategy for coping with anxiety in the student population

Volikova S.V.
Russian University of Transport, Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia
svetlanavv2006@yandex.ru
Balakina S.N.
Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia
sbalakina16@mail.ru
Snegireva T.V.
Russian University of Transport, Moscow, Russia
stv217@yandex.ru

Keywords: academic procrastination, coping strategies, depression, anxiety

Академическая прокрастинация – склонность откладывать выполнение учебных задач – изучается многими отечественными и зарубежными психологами, т.к. является существенной проблемой и препятствием к получению знаний у многих студентов. Исследования показывают, что

прокрастинация и тревожность имеют тесную взаимосвязь и могут оказывать значительное влияние на академическую успеваемость и психологическое благополучие студентов. Было обнаружено, что студенты с высоким уровнем тревожности имеют большую склонность к прокрастинации. Теоретический обзор показывает, что в сложной взаимосвязи тревоги и прокрастинации прокрастинация может выступать в роли копинг-механизма как подвид избегания, направленного на снижение уровня тревоги. При этом ее роль в совладании с тревогой описывается скорее как неосознанная и дезадаптивная, что в долгосрочной перспективе может только усиливать тревогу, в том числе в академическом контексте у студентов.

Изучение связи тревоги и прокрастинации и механизмы ее действия в совладании с тревогой, а также рассмотрение мотивации как фактора-протектора в отношении прокрастинации и учебного выгорания, являются актуальной темой исследования со студенческой выборкой.

Цель работы – анализ роли прокрастинации в совладании с тревогой у студентов.

Гипотеза исследования: прокрастинация проявляется как дисфункциональная копинг-стратегия совладания с академической тревогой у студентов.

Материалы и методы исследования: Шкала академической мотивации (авторы Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин, 2014); Шкала депрессии Бека (BDI, авторы Beck et al., 1961; адаптация Тарабрина, 2001); Шкала тревоги Бека (BAI, авторы Beck et al., 1988); Шкала академической прокрастинации (APS-S, сокращенная версия, автор McCloskey, 2011); Методика «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан, адаптация Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский).

Исследование проводилось с помощью онлайн-анкетирования с использованием сервиса Google Forms. В исследовании приняли участие 100 студентов московских вузов в возрасте от 18 лет и старше.

Результаты: В ходе исследования респонденты были разделены на три группы по уровню выраженности их учебной прокрастинации. В результате сравнения групп респондентов с низким, средним и высоким уровнем прокрастинации выявлено, что у студентов из группы с высоким уровнем прокрастинации значительно выше уровень амотивации ($p<0.001$), чем среди студентов с низким и средним уровнем прокрастинации; а также значительно сильнее проявления тревоги ($p<0.000$) и депрессии ($p<0.000$). Студенты со средним и высоким уровнем прокрастинации часто используют привычную копинг-стратегию избегания не только в учебе, но и в других сферах жизни ($p<0,002$). Результаты корреляционного анализа говорят о том, что чем сильнее интерес к учебе и мотивация, которая связана с саморазвитием и достижением, тем

меньше вероятность возникновения академической прокрастинации, а также депрессивной симптоматики. студенты, склонные к использованию активных поведенческих стратегий с привлечением всех своих ресурсов и ресурсов окружения (включая их поддержку), менее склонны к депрессивным симптомам, выгоранием в учебе, и демонстрируют более высокую успеваемость; склонность использовать все свои ресурсы для эффективного разрешения проблемы также снижает вероятность прокрастинации и повышает включенность в учебный процесс. Студенты, склонные к уходу от решения проблем, избеганию контакта с реальностью более склонны к развитию симптомов тревоги и депрессии, в учебном процессе чаще прокрастинируют и ощущают выгорание, а их успеваемость снижается. По результатам регрессионного анализа было обнаружено, что у исследуемых респондентов наибольшее совместное влияние на уровень академической прокрастинации оказывают такие формы копинг-стратегий, как разрешение проблем и избегание проблем. Фактор избегания проблем положительно влияет на зависимую переменную ($\beta>0$), свидетельствуя о том, что чем чаще люди избегают решение проблем, тем сильнее выражается уровень академической прокрастинации. В то время как фактор решения проблем оказывает отрицательное влияние на зависимую переменную ($\beta<0$), демонстрируя, что чем чаще и активнее студенты стараются разрешить свои проблем, тем слабее у них выражена академическая прокрастинация.

Выводы: Студенты с плохим осознанием целей обучения (т.е. склонные к амотивации), более подвержены выгоранию, депрессивной и тревожной симптоматике, демонстрируют сниженную успеваемость, чаще прокрастинируют во время учебы. Академическая прокрастинация может негативно влиять на эмоциональное состояние студентов, что проявляется в депрессивной и тревожной симптоматике. Эмоциональное состояние в свою очередь может закреплять прокрастинацию. Таким образом, две эти переменные усиливают друг друга. Избегание значимо связано с прокрастинацией (при этом корреляции избегания с другими факторами и корреляции прокрастинации с теми же факторами во многом совпадают). Склонность к выбору стратегии избегания напрямую влияет на выраженность тревоги, значительную часть влияния оказывает повышенное количество времени в соцсетях и др. занятий в компьютере/смартфоне, что напрямую описывает прокрастинацию. Таким образом, прокрастинация как часть копинг-стратегии избегания не помогает совладать с тревогой, а скорее усиливает ее. Протекторами в отношении прокрастинации является копинг решения проблем, а также мотивация достижения, саморазвития, и познавательная мотивация.

Оценка выраженности нарушений адаптации у студентов-клинических психологов

Воробьева Е.В.
ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
evorob2012@yandex.ru

Ключевые слова: нарушения адаптации, студенты-клинические психологи

Evaluation of the severity of adaptation disorders in clinical psychology students

Vorobyeva E.V.
Rostov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russia
evorob2012@yandex.ru

Keywords: adaptation disorders, clinical psychology students

Введение. В настоящее время отмечается рост как востребованности, так и популярности профессии клинического психолога. Ранее нами сообщалось, что подготовка клинических психологов включает освоение студентами теоретических дисциплин и формирование практических навыков работы, овладение методами качественного и количественного анализа данных [2]. Важным условием будущей профессиональной успешности студентов-клинических психологов, является их уровень адаптации и работоспособности.

Расстройства адаптации характерны для студенческого возраста, частота встречаемости расстройств адаптации у студентов составляет, по данным литературы, 14–21 % [4]. В более ранних работах мы рассматривали важность развития мотивационной составляющей подготовки студентов-психологов [1]. Целью данной работы является оценка выраженности нарушений адаптации у студентов-медицинских психологов, субъективной оценки самочувствия, активности и настроения, показателей сенсомоторных реакций.

Материал и методы. В работе приняли участие 23 студента 2 курса факультета клинической психологии Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону, из них 21 – девушки, 2 – юноши, средний возраст – 18 лет.

В работе применялось устройство психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 «Психофизиолог» (Медиком МТД, Россия), с помощью которого участники исследования выполняли все задания. Для выявления субъективной оценки респондентами собственных самочувствия, активности и настроения применялся опросник «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН). Для диагностики возможных нарушений адаптации был использован опросник «Дезадаптационные нарушения» (ДАН) (А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин), включающий три шкалы: астенические реакции, психотические реакции, суммарная оценка дезадаптационных нарушений. Оценка параметров сенсомоторных реакций участников исследования была выполнена на основе двухальтернативной сложной зрительно-моторной реакции, с оценкой класса сенсомоторных реакций [3].

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statistica 10, с применением которой была проведена оценка нормальности распределения полученных данных, получена описательная статистика и проведен корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. По методике «Самочувствие. Активность. Настроение» получены следующие показатели средних значений и стандартных отклонений: самочувствие 3,7 ± 1,1, активность 3,6 ± 0,9, настроение 3,9 ± 1,5, что свидетельствует о том, что среденегрупповые показатели по всем трем шкалам, приближаются к нормальному уровню выраженности, однако несколько сниженному.

По методике «Дезадаптационные нарушения» средневыборочные значения по шкалам в стенах составили: дезадаптационные нарушения 29,2 ± 12,0, астенические реакции 15,7 ± 8,7, психотические реакции 13,7 ± 4,6. Полученные данные свидетельствуют о наличии признаков дезадаптационных нарушений у участников исследования.

По методике оценки сложной зрительно-моторной реакции получены следующие показатели средних значений и стандартных отклонений: интегральный показатель надежности 73,8 ± 11,9, среднее время реакции (мс) 398,9 ± 59,6, класс сенсомоторных реакций 3,4 ± 1,1. Полученные данные свидетельствуют о том, что у большинства участников исследования выявлен третий класс сенсомоторных реакций (ниже среднего), т. е. для них характерна работоспособность и скорость реакции ниже среднего уровня, а также удовлетворительное функциональное состояние центральной нервной системы.

Корреляционный анализ полученных данных по методике «САН» и оценками выполнения сложной-зрительно-моторной реакции показал наличие значимых отрицательных корреляционных взаимосвязей между показателями по шкале «САН» «Настроение» и количеством

неправильных ответов при выполнении задания на сложную зрительно-моторную реакцию ($r = – 0,53$, $p < 0,05$).

Также получено, что выраженность ошибок в виде упреждений при выполнении задания на сложную зрительно-моторную реакцию находится в обратной корреляционной взаимосвязи с выраженностью астенических реакций ($r = – 0,65$, $p < 0,05$), психотических реакций ($r = – 0,52$, $p < 0,05$) и интегрального показателя дезадаптивности ($r = – 0,58$, $p < 0,05$) по методике «ДАН».

Выводы. Студенты – клинические психологи при субъективно воспринимаемом уровне самочувствия, активности и настроения, приближающимся к среднему уровню, имеют проявления нарушений адаптации и параметры сенсомоторных реакций ниже среднего уровня.

В результате корреляционного анализа полученных данных установлено, что у студентов-клинических психологов более высокой субъективной оценке настроения (согласно данным по методике САН), а также меньшей выраженности нарушений адаптации (в соответствии с полученными результатами по методике ДАН) соответствует меньшее количество ошибок при выполнении заданий на сложную зрительно-моторную реакцию.

Литература:

1. Воробьева Е.В. Технология объективной психофизиологической оценки мотивационных особенностей студентов-психологов. Монография. М.: КРЕДО, 2016. 102 с.
2. Воробьева Е.В., Ермаков П.Н. Основные проблемы подготовки клинических психологов в Южном федеральном университете / Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн). Научное издание. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 29–30 ноября 2016 г / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ООО “Сам Полиграфист”, 2016. С. 121–124.
3. Методический справочник «Устройство психофизиологического тестирования УФПТ-1/30 – “Психофизиолог”». (2015). Таганрог: Медиком МТД. 122 с.
4. Шифнер Н.А., Бобров А.Е., Кулыгина М.А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2011. № 4. С. 64–66.

Соматическое заболевание как психотравмирующее событие

Гамзаева М.И.
АНО Служба «Ясное утро», ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
m.gamzayeva@yasnoeutro.ru

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), факторы травматизации, онкопсихология

Somatic Illness as a Psychotraumatic Event

Gamzaeva M.I.
ANO Sluzhba "Yasnoe Utro"; Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
m.gamzayeva@yasnoeutro.ru

Keywords: cancer patients, post-traumatic stress disorder (PTSD), traumatization factors, psycho-oncology

Ситуация онкологического заболевания характеризуется внезапным воздействием сильного стресса, постоянным наличием витальной угрозы, неопределенностью будущего, отсутствием контроля своей жизни. Будучи экстремальной и кризисной, она вызывает самостоятельно не преодолимое напряжение и переживания, а также устойчивые изменения поведения, что определяет её как психотравмирующую [3].

На раннем этапе в случае развития психической травматизации наблюдаются следующие состояния: чувство страха за свою жизнь, плаксивость, кошмарные сновидения, резкую недооценку тяжести своего соматического состояния, мучительные возвращающиеся воспоминания о постановке диагноза [2]. В период ремиссии онкопациенты продолжают испытывать напряжение, которое без должного вмешательства усиливается и хронифицируется [4]. На более отдаленном этапе вероятны состояния, характеризующиеся чувством безысходности и отчаяния, отсутствие позитивной оценки собственного будущего, появление суицидальных мыслей [2].

В нашем исследовании мы анализировали потребности обращающихся на горячие линии помощи онкологическим и паллиативным пациентам и их родственникам [1]. Мы предполагаем, что потребности пациентов и родственников могут помочь в понимании психологической травматизации

при онкологическом заболевании. Некоторыми из важных особенностей в потребностях пациентов и родственников являются следующие:

1) Пациенты независимо от стадии заболевания испытывают потребность в психологической поддержке в достоверно большей степени по сравнению с родственниками. Близкие в большей мере нуждаются в помощи с маршрутизацией и медицинской информацией.
2) Частота психологических запросов как пациентов, так и родственников возрастает при переходе от ситуации начальных стадий заболевания (I и II) к ситуации более поздних стадий (IV стадия, терминальная стадия).
3) Психологические запросы пациентов на любой стадии в значительной мере связаны с поддержкой себя, в том время как у родственников данный запрос звучит в половине консультаций, и в другой половине – запрос на поддержку родственника.
4) Наличие нескольких соматических заболеваний является статистически достоверным фактором большего стресса, чем наличие одного соматического заболевания. Показано, что родственники пациентов с одним диагнозом имеют менее кризисные обращения по сравнению с близкими пациентов с несколькими заболеваниями. К числу заболеваний, помимо онкологии, наиболее часто относятся деменция и состояния после инсульта.

Таким образом, онкологическое заболевание, будучи психотравмирующим событием в жизни пациента, затрагивает также жизнь родственников. Онкопациенты в большей степени нуждаются в психологической поддержке и предъявляют соответствующий запрос на поддержку себя значительно чаще их близких. Родственники в большей мере настроены на консультирование в когнитивной плоскости с направленностью на планирование. Однако они также запрашивают психологическую помощь для поддержки себя, что предположительно может быть связано не столько с травматизацией, сколько с эмоциональным истощением в связи с поддержкой близкого. Показано, что наличие двух или нескольких соматических заболеваний является фактором, вносящим вклад в развитие эмоциональных состояний высокой интенсивности, а следовательно, в степень травматизации. Вторым фактором, вносящим вклад в возрастание потребности в психологической поддержке, является стадия опухолевого процесса. Показано, что на начальных стадиях потребность в обращении за психологической поддержкой ниже, чем на более поздних стадиях.

Данные результаты позволяют оценить степень и характер интервенций для профилактики психологической травматизации при соматических заболеваниях, в частности онкологии.

Литература

1. Гамзаева М.И., Гольдман О.Э., Токарев С.Г. Психосоциальные потребности паллиативных пациентов и их близких: анализ обращений на горячие линии помощи пациентам // Pallium: Паллиативная и хосписная помощь, № 3 (20), 2023. С. 38–48.
2. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство / Под ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб: Любавич, 2017. 352 с.
3. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / Под ред. Н.С. Хрусталёвой. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2018. 748 с.
4. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия, № 1 (22), 2014. С. 40–63.

Пропедевтические технологии в инклюзивном образовании: проблемы и ресурсы

Глуховскова О.В.
МОУ СШ № 33 г. Волгоград, Россия
Olgaglyhovskova@yandex.ru

Ключевые слова: инклюзивное образование, пропедевтические технологии, совместная деятельность

Preliminary Technologies in Inclusive Education: Issues and Resources

Glukhovskova O.V.
Municipal Educational Institution
Secondary School No. 33, Volgograd, Russia
Olgaglyhovskova@yandex.ru

Keywords: inclusive education, preliminary technologies, collaborative activities

В современной действительности высокую степень научного и практического интереса вызывают вопросы, связанные с исследованием проблемы организации инклюзивного образования. Это происходит потому, что в рамках общего отсутствия образовательной мотивации у детей различных возрастов, особенно эта тенденция усугубляется для категорий учащихся, которые имеют ограниченные возможности здоровья. Для них и детей инвалидов вопрос обучения «законсервирован» внутри традиционной медицинской модели, в рамках которой физические и психические отличия людей констатируются с позиции патологии. Люди с ограниченными возможностями здоровья при такой ситуации занимают позиции аутсайдеров и становятся неспособными к жизни в принципе и к образовательной деятельности, в частности.

В связи с этим необходимо внедрять в образовательный процесс такие технологии, которые могут повысить мотивацию лиц с ОВЗ к получению знаний, приобретению умений и отработке навыков. Эффективным средством при этом называют пропедевтические технологии, которые называют относительно новым продуктом развития образования [1]. Изучение их сути может позволить понять истинную суть внедрения в общество людей с ограниченными возможностями

здоровья и наметить способы решения связанных с ними проблем и противоречий, а также выявить реальные источники организации инклюзивного образования в сегодняшнем социуме [2].

Таким образом, информативной задачей следует признать поиск ответа на вопрос: «Какова суть пропедевтических технологий в инклюзивном образовании, какие ресурсы для их реализации существуют, какие проблемы возникают в данном случае»?

Представляется целесообразным дать определение понятию «пропедевтические технологии» в современном инклюзивном образовании. Их трактуют как систему занятий в рамках специального образования, которая направляется на развитие у учащихся познавательного процесса и мотивации к усвоению многогранного содержания учебных предметов.

Среди известных пропедевтических технологий, применяемых в инклюзивном образовании, можно выделить «cooperative learning» или совместную деятельность. Она подразумевает освоение нового материала, который учитель представляет обзорно, но обязательным элементом становится разработка группового проекта или презентации по теме. Детям с ОВЗ даются посильные задачи. Это позволяет помочь им осознать тот факт, что они вполне могут участвовать в общегрупповой работе, а также существенно поднимает их самооценку.

Стоит также отметить, что при реализации указанной или любой другой пропедевтической технологии может возникнуть ряд трудностей. Например, не все из них опираются на индивидуальные особенности ученика. При построении групповой работы чаще учитываются общие пропедевтические принципы (демократизации, множественности источников образования, позитивного влияния на общество и другие).

Другой стороной проблематики пропедевтических технологий в инклюзивном образовании является поиск кадровых ресурсов или людей, которые могут реализовать данную технологию. Далеко не все педагоги проходят соответствующую подготовку. Многие имеют весьма отдаленное представление о том, как именно нужно работать с детьми с ОВЗ и детьми инвалидами.

Важнейшим ресурсом, который будет насыщать пропедевтические технологии научно – исследовательским содержанием, а именно необходимо учитывать передовой опыт в данной области. Например, можно обращаться к результатам диссертационных исследований.

Поводя итог всему вышесказанному, можно сделать вывод о том, что инклюзивное образование, предполагает преодоление барьеров в обучении детей с уникальными образовательными потребностями внутри разных гетерогенных групп. Но это может скрывать риск различные риски

личностного и коллективного характера, поэтому к системе внедрения пропедевтических технологий необходимо подходить крайне внимательно.

Литература

1. Волосникова Л.М., Вопросы теории и практики инклюзивного образования / Л.М. Волосникова // Валеология, М. 2015. № 1. С. 37–42.
2. Коршунова, О.В., Теоретико – методологические основы инклюзии в образовании / О.В. Коршунова // «Концепт», М. 2016 С. 16–20.

Способность к генерации юмора в стрессовых ситуациях у психиатрических пациентов с депрессивным синдромом

Говоров С.А.[1]***, Солондаев В.К.***[2]***, Иванова Е.М.***[1]
[1]*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия*
[2]*Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова Ярославль, Россия*
stsgovorov@hotmail.com

Ключевые слова: депрессия, генерация юмора, копинг-юмор, гелотофобия, чувство юмора

Stress-induced humor creation in psychiatric patients with depressive syndrome

Govorov S.A.[1]***, Solondaev V.K.***[2]***, Ivanova E.M.***[1]
[1]*Mental Health Research Center, Moscow, Russia*
[2]*P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia*
stsgovorov@hotmail.com

Keywords: depression, humor creation, coping humor, gelotophobia, sense of humor

Актуальность. В последние десятилетия депрессивные расстройства перешли из сугубо медицинской в глобальную медико-социальную проблему как для системы здравоохранения, так и для мировой экономики. В поиске эффективных методов терапии депрессивных состояний исследователи все чаще обращаются к нестандартным подходам, среди которых особый интерес представляет использование юмора и смеха как терапевтической интервенции. Актуальные мета-анализы указывают на высокую эффективность этих программ в отношении депрессивной симптоматики [напр., van der Wal, Kok, 2019]. Однако специфика изменений чувства юмора при депрессивном синдроме остается малоизученной, особенно обращает на себя внимание недостаток клинических исследований в этой области.

Цель – изучение способности к генерации юмора в стрессовых обстоятельствах у пациентов с депрессивным синдромом.

Материалы и методы. Клиническую группу составили 84 пациента ФГБНУ НЦПЗ с депрессивным синдромом в рамках непсихотических

психических расстройств: 1) аффективные расстройства (21 М и 21 Ж, возраст: M = 22.86, SD = 5.6): F31, депрессивная фаза; F32; F33; 2) F21 с сопутствующим депрессивным синдромом (21 М и 21 Ж, возраст: M = 21.79, SD = 4.63). Все пациенты обследовались на этапе становления ремиссии. Диагнозы устанавливались лечащим врачом-психиатром. Контрольную группу составили 42 студента РНИМУ им. Н.И. Пирогова без неврологических и психических заболеваний, а также без суицидальных попыток в прошлом (20 М и 22 Ж, возраст: M = 21.69, SD = 4.11).

Участникам предлагалось заполнить следующие опросники: шкала депрессии Бека BDI, шкала безнадежности Бека BHS, опросник самостигматизации ISMI-9 (для клинической группы), опросник отношения к юмору и смеху PhoPhiKat <30>, шкала совладания с помощью юмора CHS, а также ответить на вопросы о субъективной и воспринимаемой оценке своего чувства юмора окружающими (шкала Лайкерта от «очень плохое» до «очень хорошее»). Для оценки способности к генерации юмора в стрессовых ситуациях использовалась авторская методика: участникам предлагалось придумать шутку (необязательно понятную и смешную для окружающих), которой они могли бы поддержать себя в предложенных стрессовых ситуациях. Описание ситуаций отражало 5 наиболее частых причин стресса у россиян [ВЦИОМ, 2022], напр.: «В последние несколько месяцев Ваше финансовое положение значительно ухудшилось, и Вы беспокоитесь, хватит ли Вам денег на привычные расходы». Подсчитывалось суммарное количество придуманных шуток (от 0 до 5).

Результаты и их обсуждение. Для оценки межгрупповых различий использовались сравнения средних рангов по критерию Манна-Уитни. Данные приводятся с учетом поправки на множественные сравнения Бенджамини-Хохберга. Клиническая группа ожидаемо продемонстрировала значимо более высокие показатели депрессии и безнадежности ($p < .001$). У 32% участников клинической группы был выявлен высокий уровень самостигматизации. В сравнении с контрольной группой, пациенты с депрессивным синдромом характеризовались следующими особенностями отношения к юмору и смеху: повышенные показатели гелотофобии (страха насмешки) ($p < .001$) и сниженные – катагеластицизма (стремление высмеивать окружающих) ($p < .05$). Различий по гелотофилии (стремление выглядеть смешным) не выявлено. Полученные данные о снижении использования юмора в качестве копинг-стратегии в клинической группе в сравнении с контрольной ($p < .05$) согласуются с ранее установленной обратной взаимосвязью между выраженностью депрессивной симптоматики и применением юмора как инструмента совладания со стрессом [напр., Lau et al., 2022]. В то же время фактическая способность к генерации юмора в стрессовых обстоятельствах

у пациентов с депрессивным синдромом снижения не продемонстрировала. На первый взгляд, эти результаты могут выглядеть противоречиво. Однако, исследователи в этой области [Edwards, Martin, 2010] также указывают на то, что ни способность к генерации юмора в целом, ни способность юмористически описывать стрессовую ситуацию не связаны с депрессивной симптоматикой. Авторы отмечают, что при депрессии меняется не столько навык шутить как таковой, сколько специфика его применения в повседневной жизни: в частности, особый акцент делается на связанных с депрессией изменениях предпочтений в использовании адаптивных (аффилиативный и самоподдерживающий) и дезадаптивных (агрессивный и самоуничижительный) стилей юмора. Вероятно, меняется и сама частота обращения к юмору (и в целом, и как к копинг-стратегии). Так как пациенты демонстрируют не только повышенные значения гелотофобии и пониженные – катагеластицизма, но и заниженную оценку собственного чувства юмора (как субъективную, так и воспринимаемую: $p < .05$), скорее всего они будут в большей степени избегать юмористической коммуникации в сравнении с условно здоровыми людьми. По всей видимости, это избегание мотивируется не только страхом быть осмеянным, но и опасением, что их собственные шутки не найдут ожидаемого положительного отклика в собеседнике.

Выводы: Депрессивный синдром не взаимосвязан со способностью к генерации юмора в стрессовых обстоятельствах, изменения затрагивают скорее специфику обращения к ней в повседневной жизни. Данные соображения позволяют сформулировать следующую практическую рекомендацию для этой категории пациентов: терапевтические вмешательства, основанные на юмористических техниках, должны быть направлены не на развитие способности к генерации юмора, а, в первую очередь, на развитие мотивации к этому при помощи создания психологически безопасных условий, в рамках которых эта способность может быть реализована (положительное подкрепление смехом и избегание негативных реакций в случае неудачи).

Литература

1. ВЦИОМ (2022). Стресс – и как с ним бороться? https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stress-i-kak-s-nim-borotsja [электронный ресурс] (Дата обращения: 21.07.2025)
2. WCIOM (2022). Stress – and how to cope with it? [Online resource]. Available at: https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/stress-i-kak-s-nim-borotsja (Accessed: 21.07.2025)
3. Edwards K.R., Martin R.A. (2010). Humor creation ability and mental health: Are funny people more psychologically healthy? Europe's Journal of Psychology, 6(3), 196–212. https://doi.org/10.5964/ejop.v6i3.213

4. Lau C., Chiesi F., Saklofske D.H. (2022). The temperamental basis of humor and using humor under stress in depression: A moderated mediation model. Humor: International Journal of Humor Research, 35(2), 239–251. https://doi.org/10.1515/humor-2021–0115
5. van der Wal C.N., Kok R.N. (2019). Laughter-inducing therapies: Systematic review and meta-analysis. Social science & medicine (1982), 232, 473–488. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.018

Особенности метакогнитивного восприятия и копинг стратегий у женщин с онкологическим заболеванием

Гончаренко А.С.
Московский Институт Психоанализа, Москва, Россия
abramova1905@gmail.com

Ключевые слова: метакогнитивное восприятие, стратегии совладания

Features of metacognitive perception and coping strategies in women with cancer

Goncharenko A.S.
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
abramova1905@gmail.com

Keywords: metacognitive perception, coping strategies

Введение. Для женщины онкологическое заболевание безусловно является трудной ситуацией, бросающей вызов привычным сценариям во всех жизненных аспектах. Поскольку в ситуации болезни отсутствуют сформированные ранее модели поведения, особое внимание ученых привлекает совладающее поведение. Согласно транзакционной модели Лазаруса и Фолкман, копинг-стратегии – это адаптивные механизмы, которые человек использует для управления стрессовой ситуации и сопутствующими эмоциями [Lazarus R.S., Folkman S.,1984]. Концепция проактивного совладания Грингласс и Фрайденберг расширяет понимание реактивного копинга. Авторы определяет его как упреждающие усилия, направленные на подготовку к будущим стрессорам, которые воспринимаются не как угроза, но в качестве вызова [Greenglass E.R., 2002]. Выбор копинг стратегий взаимосвязан с метакогнитивным восприятием. Флавелл ввёл термин «метапознание» как знание о собственных когнитивных процессах [Flavell, J. H.,1999]. Уэлс определил метакогниции как «устойчивые знания о когнитивных процессах, которые управляют мышлением». таким образом неадаптивные метакогниции, убеждения вроде «я не могу контролировать свои мысли» предсказывают избегающий копинг и эмоциональное подавление [Wells A,2000]. Наше исследование посвящено

оссобенностям совладания и метакогнитивного восприятия у женщин в ситуации онкологического заболевания.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 184 женщины, 98 с доброкачественными и злокачественными новообразованиями в груди, находящиеся на лечении в МКНЦ им. Логинова в Москве. Возраст женщин составил от 25 до 80 лет (средний возраст 55 лет). Контрольная группа состояла из 86 условно здоровых женщин возрастом от 30 до 70 лет. Для получения эмпирических данных использовались опросные методы. Для выявления стратегий реактивного и проактивного совладания использовались «Опросник способов копинга» Lazarus R., Folkman S. в адаптации Битюцкой Е.В. и «Проактивный копинг» PCI Greenglass E., Schwarzer R., Taubert S. в адаптации Белинской Е.П. и Вечерина А.В. Для изучения когнитивных особенностей и восприятия жизненной ситуации использовались «Опросник метакогнитивных убеждений» A.Wells, S.Cartwright-Hatton (2004) в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, В.М. Ялтонского и «Семантический дифференциал жизненной ситуации» О.В. Александровой, И.Б. Дермановой. Были использовались социально-демографическую анкета и согласия на участие в исследовании.

Результаты. Сравнительный анализ восприятия трудной ситуации и когнитивного восприятия у женщин с онкологическим заболеванием и здоровых показывает статистически значимые различия ($p < 0.05$) в показателях: энергетический заряд ($p = 0.000$) – у здоровых женщин средний ранг (107.13) значительно выше, чем у болеющих (79.66). Контроль мыслей ($p = 0.008$) – у женщин с онкологией средний ранг (102.15) выше, чем у здоровых (81.50). Позитивные убеждения, касающиеся беспокойства ($p = 0.005$) – у онкологических больных женщин средний ранг (102.70) выше, чем у здоровых (80.87).

По результатам сравнительного анализа стратегий совладания у женщин с онкологическим заболеванием и здоровых были обнаружены статистически значимые различия ($p < 0.05$) в показателях проактивного копинга ($p = 0.001$) – у здоровых женщин средний ранг (106.87) значительно выше, чем у болеющих (79.89); Позитивной переоценке ($p = 0.005$) – у здоровых женщин средний ранг (104.13) выше, чем у женщин с онкологией (82.30), а также обращение за поддержкой к социальному окружению ($p = 0.048$) – у женщин с онкологией средний ранг (99.73) выше, чем у здоровых (84.26).

Выводы. Женщины с онкологией демонстрируют более выраженные метакогнитивные навыки управления мышлением (контроль мыслей), что может быть связано с необходимостью адаптации к диагнозу, а также субъективным ощущением контроля ситуации. В отличие от здоровых, у онкобольных респонденток выше вера в полезность тревожных размышлений

(«Беспокойство помогает подготовиться к худшему»), что взаимосвязано с использованием эмоционально-ориентированного копинга.

Здоровые женщины чаще применяют стратегии проактивного копинга, упреждающего планирования, например, подготовка к возможным кризисам, что согласуется с более высокими показателями по шкале энергетический заряд. Женщины с онкологическими заболеваниями чаще используют поиск социальной поддержки, что объясняется актуализацией потребности в эмоциональной близости в ситуации болезни.

Литература

1. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y., 1984.
2. Greenglass E.R. Proactive coping. In E. Frydenberg (ed.) Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges. London: Oxford University Press, 2002, pp. 37–62.
3. Flavell J.H. Cognitive development: Children's knowledge about the mind. Annual Review of Psychology, 50, 21–45, 1999.
4. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2000.

Применение Терапии принятия и ответственности для снижения симптомов дистресса у родителей детей с расстройствами аутистического спектра

Горнушенков И.Д., Бритова В.С., Коваль-Зайцев А.А.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
Gornushenkov.i.d@gmail.com

Ключевые слова: аутизм, психотерапия, дистресс

Using Acceptance and Commitment Therapy to Reduce Symptoms of Distress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders

Gornushenkov I.D., Britova V.S., Koval-Zaitsev A.A.
Federal State Budgetary Institution
"Mental Health Research Center ", Moscow, Russia
Gornushenkov.i.d@gmail.com

Keywords: autism, psychotherapy, distress

Введение. Родителей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), как правило, испытывают выраженный дистресс, отражающейся как на состоянии их собственного здоровья, так и на качестве детско-родительских отношений, а также на самих опекаемых детях. Причины родительского дистресса, согласно имеющимся данным, обусловлены рядом факторов.

Дети с РАС зачастую имеют поведенческие проблемы, затрудняющие детско-родительское сотрудничество при выполнении повседневных дел, например, домашних обязанностей, отхода ко сну, школьных заданий, что негативно сказывается на отношениях между родителями и детьми с РАС (Smirnoff, 2008). Согласно имеющимся данным, у родителей детей с РАС, в отличие от нормотипичных детей, уровень стресса не снижается со временем взросления ребенка, а может даже возрастать. При этом поведенческие проблемы у детей и стресс у их родителей имеют двунаправленную связь и могут взаимно усиливать (или ослаблять) друг друга [1].

Дистресс у родителей детей с РАС может проявляться в виде проблем со сном, высокого уровня биологических маркеров стресса,

а матери детей с нарушениями нейронального развития, в целом, демонстрируют больше психопатологической симптоматики аффективного регистра в виде симптомов тревоги и депрессии, чем матери нормотипичных детей [2]. На психологическом уровне родители детей с РАС склонны испытывать повышенный уровень вины, стыда и гнева в связи с родительством, а также более пессимистичны в отношении будущего. При этом большинство имеющихся программ помощи направлено на обучение родителей навыкам общения и взаимодействия с ребенком с особенностями развития, и не учитывает значимости их собственного, рассматриваемого индивидуально состояния. В связи с вышесказанным, дистресс у родителей детей с РАС, с точки зрения задач по поддержанию психического здоровья, оказывается значимым не только сам по себе, но и отражается на психическом здоровье самих детей – что задает актуальность поиска комплексных средств индивидуализированной помощи не только детям с РАС, но и их родителям.

Терапия принятия и ответственности (АСТ) представляет собой трансдиагностическую психотерапевтическую модель поведенческих изменений, с широким спектром применимости к различным проблемам и расстройствам [3], относящуюся к так называемой «третьей волне» когнитивно-поведенческой психотерапии. Одной из ключевых идей АСТ составляет обучение навыкам принятия (вместо попыток «борьбы» или избегания) того, что лежит за пределами возможностей контроля (как, например, наличие заболевания у своего ребенка) и, напротив, совершения ответственных действий в отношении того, что можно изменить – чтобы улучшить свое состояние и жизнь, в целом.

Показано, что обучение навыкам дистанцирования от болезненных переживаний и принятия неподконтрольного в рамках АСТ может достоверно снижать уровень тревоги и депрессии, а также в целом, повышать качество жизни, психологическую гибкость, степень резильентности к стрессовым воздействиям. В связи с этим данный метод, являющийся современным и эмпирически подтверждаемым подходом оказывается перспективным в том числе в применении к проблеме родительского дистресса при РАС.

Результаты. На настоящий момент данные исследований немногочисленны. В рандомизированном исследовании, включившим 18 родителей детей с расстройствами аутистического спектра (9 в экспериментальной и 9 в контрольной группе), продемонстрировано значимое снижение уровня депрессии (d=1,01), а также улучшение таких психологических процессов, оценивающихся в АСТ, как способность к когнитивному разделению (d=0,83), т.е. улучшение способности к дистанцированию от болезненных переживаний, а также увеличение осознанности

(d=1,29), т.е. способности оставаться в настоящем моменте вместо погружения в тревогу о будущем или сожаления о прошлом [4]. Данный результат был показан за 2 двух часовые сессии, что делает его особенно примечательным. В другом исследовании [5], с соизмеримой интенсивностью вмешательства, включившим 24 пациента, разбитым на две равные группы, также было показано снижение уровня депрессии, однако не такое значительное (d= –0,32), в то же время уровень тревоги, стресса и качества жизни остались без изменений. 10-недельный курс групповой терапии в АСТ модальности показал значимое снижение выраженности депрессивных и тревожных симптомов, а также улучшение качества жизни.

Выводы: существуют некоторые доказательства того, что АСТ положительно влияет на родительский стресс и выраженность симптомов депрессии у родителей, однако на настоящий момент данные остаются достаточно противоречивыми. При этом в большинстве исследований подчеркивают положительные изменения в способности к когнитивному разделению с болезненными переживаниями и принятии, но в то же время в некоторых исследованиях отмечается отсутствие изменений.

Литература

1. Neece C.L., Green S.A., Baker B.L. Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time //American journal on intellectual and developmental disabilities. 2012. Т. 117. № . 1. С. 48–66.
2. Taylor J.L., Warren Z.E. Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis //Journal of autism and developmental disorders. 2012. Т. 42. № . 7. С. 1411–1418.
3. Morris E.M.J., Johns L.C., Oliver J.E. (ed.). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. John Wiley & Sons, 2013.
4. Han A., Yuen H.K., Jenkins J. Acceptance and commitment therapy for family caregivers: A systematic review and meta-analysis //Journal of Health Psychology. 2021. Т. 26. № . 1. С. 82–102.
5. Joekar S. et al. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in the support of parents of children with high-functioning autism //International Journal of Humanities and Cultural Studies. 2016. Т. 2. № . 4.

Прагматическая функция речи больных шизофренией (нейропсихологическое исследование)

Горнушенков И.Д., Коваль-Зайцев А.А.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
Gornushenkov.i.d@gmail.com

Ключевые слова: шизофрения; нарушения речи; нейропсихология

Pragmatic function of speech in patients with schizophrenia (neuropsychological study)

Gornushenkov I.D., Koval-Zaitsev A.A.
Federal State Budgetary Institution
"Mental Health Research Center", Moscow, Russia
Gornushenkov.i.d@gmail.com

Keywords: schizophrenia; speech disorders; neuropsychology

Введение. Существенная доля отечественных клинико-психологических исследований шизофрении долгое время была сосредоточена на изучении особенностей нарушения мышления больных (Зейгарник, 1986). Вместе с тем исследования нарушения речи при шизофрении не нашли своего систематического отражения в публикациях отечественных авторов, хотя являются общеизвестными клинические наблюдения, фиксирующими странность, необычность речи этих пациентов. Нарушения общения, коммуникации не могут быть сведены исключительно к мышлению [1]. На основании имеющихся данных можно предположить, что нарушение прагматической функции речи будет являться наиболее характерным речевым расстройством для шизофрении [2].

Цель и задачи. Изучение нейролингвистических особенностей прагматической функции речи больных с расстройствами шизофренического спектра и мозговых механизмов ее организации.

Материал и методы. Эмпирическое исследование включало два методических блока: 1) методики оценки нарушения прагматической функции речи, 2) комплекс методик для оценки нейропсихологического функционирования. Оценка прагматической функции речи производилась на основании составления рассказов больных по сюжетным

картинам. Применение этого методического приема обосновано предыдущими исследованиями на больных других клинических популяций [3]. Общий объем выборки составил 32 человека, из которых: 14 составляли пациенты с диагнозом расстройств шизофренического спектра (F20, F21, F25) и 18 испытуемых группы здорового контроля. На момент обследования все больные находились на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ (г. Москва).

Результаты. Тексты, составляемые пациентами с расстройствами шизофренического спектра, отличались от рассказов здоровых испытуемых по следующим параметрам. В продуцируемых больными текстах были выражены: 1) ошибки по типу смысловых искажений в виде замены значимых смысловых элементов истории на альтернативные и неверные в результате чего она оказывалась мало реалистична ($U=4,0$, $p<0,001$, $r=0,57$); 2) ошибки по типу смысловой неполноты составляемых текстов в виде пропуска смысловых элементов важных для развития сюжета ($U=7,5$, $p<0,001$, $r=0,62$); 3) ошибки в виде нарушения установления референциальных связей в тексте ($U=37,0$, $p<0,01$, $r=0,43$). По результатам количественного и качественного анализа, было обнаружено, что при расстройствах шизофренического спектра появление ошибок по типу смысловой неполноты значимо связано в большей степени с признаками нейропсихологической дисфункции передних отелов левого полушария (r-Спирмена=0,589, $p<0,001$), а нарушение референций в большей степени связано с дисфункцией задних отделов левого полушария (r-Спирмена=0,562, $p<0,01$). Количественной связи между появлением ошибок по типу смысловых искажений с превалированием дисфункции того или иного отдела обнаружено не было, однако проведенный качественный анализ связи ошибок в текстах больных с их нейропсихологическим профилем показал, что наиболее выраженные смысловые искажения имели место у больных с ведущими признаками дисфункции передних отделов правого полушария.

Выявленные речевые нарушения у больных с расстройствами шизофренического спектра могут затруднять их способность к общению, способствовать отчуждению от социального окружения. Данные нарушения могут иметь различные мозговые механизмы, иметь неоднородную выраженность у разных больных, что представляет интерес для дальнейшего исследования их проявлений у пациентов с различными типами и психопатологическими характеристиками заболеваний данной группы.

Выводы. У больных с расстройствами шизофренического спектра выявляются нарушения прагматической стороны речи в виде ошибок по типу смысловых искажений, смысловой неполноты и нарушения референций. Они оказываются в первую очередь связаны с дисфункцией

правого полушария, передних отделов левого полушария и задних отделов левого полушария – соответственно.

Литература

1. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. Litres, 2017.
2. Cardella V. Language and schizophrenia: Perspectives from psychology and philosophy. Routledge, 2017.
3. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ лексики, семантики и прагматики. Litres, 2015.

Шкала Реальности-Фантазии для теста Роршаха: опыт применения для оценки нарушения когнитивно-аффективных взаимодействий при расстройствах шизофренического спектра

Горнушенков И.Д, Плужников И.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
gornushenkov.i.d@gmail.com

Ключевые слова: шизофрения; нарушения мышления; тест Роршаха; клиническая психология

The Reality-Fantasy Scale for the Rorschach Test: experience in the assessment of impaired cognitive-affective interactions in schizophrenic spectrum disorders

Gornushenkov I.D., Pluzhnikov I.V.
FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia
gornushenkov.i.d@gmail.com

Keywords: schizophrenia; thought disorders; Rorschach test; clinical psychology

Введение. Несмотря на доминирование нейрокогнитивного подхода в клинико-психологических исследованиях шизофрении, изучение когнитивно-аффективных взаимодействий остается актуальной задачей исследований шизофрении.

В отечественной клинической психологии эмоциональные факторы нарушения мышления традиционно рассматриваются в рамках «нарушений личностного компонента мышления» [1]. В эмпирических исследованиях этих нарушений процедура выделения «неадекватной аффективной направленности», которая, согласно авторам данного направления, определяют появление нарушений мышления (напр. в виде символизма, разноплановости, резонерства) обеспечивалась на основании субъективной оценки эксперта.

Тест Роршаха, благодаря объективно оцениваемым показателям Интегративной системы [2], дает возможность имплицитно оценить

влияние некогнитивных факторов на особенности решения проблемных ситуаций поскольку для ответа на тест необходимо с одной стороны иметь возможность опереться на объективные параметры стимула (проблемной ситуации), с другой – проявить адекватную субъективную (пристрастную) активность, поскольку слабая структурированность стимулов ограничивает возможности испытуемого опираться только на их формальные характеристики.

Цель настоящего исследования – оценить возможности использования шкалы «The Rorschach Reality–Fantasy Scale» (RFS) для исследования эмоциональных факторов нарушения мышления при расстройствах шизофренического спектра.

Материал и методы. Использовалась шкала RFS [3] для тест Роршаха в рамках Интегративной психодиагностической системы J.Exner.

Использовалась III карта теста Роршаха, тематически отражающая особенности функционирования и разрешения испытуемым проблемной ситуации, связанной с межличностными отношениями. Шкала RFS имеет два крайних полюса, так что 0 – характеризует здоровое функционирование, (–5) – коллапс реальности, доминирование фантазии при минимальном контакте с внешней реальностью, (+5) – коллапс фантазии, с ее минимальной включенностью в формирование ответа.

Испытуемыми выступили 11 пациентов с расстройствами шизофренического спектра, 12 пациентов с нейродегенративными заболеваниями позднего возраста, а также 14 условно здоровых испытуемых юношеского возраста.

Результаты. При экспресс исследовании по шкале RFS пациенты с расстройствами шизофренического спектра (M= –3,38, SD= 1,9) значимо отличались от здоровых испытуемых (M= –1,47, SD= 2,0) в сторону отрицательного полюса, связанного с потерей контакта с реальностью (U= 31,5, $p<0,05$, Z= –2,2). Пациенты с нейродегенеративными заболеваниями (M= 0,75, SD= 2,1) в свою очередь, значимо отличались от здоровых испытуемых в сторону обратного полюса шкалы, связанного с нарушением способности к символизации, чрезмерной конкретности и формальности мыслительной активности при решении проблемной ситуации (U=38,0, $p<0,01$, Z= –2,9).

Решение проблемной ситуации, задаваемой тестом Роршаха, у больных шизофренией характеризовалось рядом особенностей. Среди них: 1) игнорирование стимульных контуров изображения при построении ответа, 2) игнорирование наиболее частотно упоминаемых участков изображения, 3) выделение менее часто используемых участков изображения или их интерпретации на основании искаженных эмоциональных предпочтений. Ответы больных с нейродегенеративными

заболеваниями, напротив, характеризовались недостаточной разработанностью, чрезмерной формальностью, так, что они начинали напоминать ответы больных алекситимией.

Выводы. Таким образом, применение шкалы RFS на пациентах с шизофренией по результатам первичной апробации оказывается перспективным инструментом для оценки особенностей мышления больных (например, когда имеет место нарушение его избирательности под действием эмоциональных факторов).

Литература

1. 1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ; 1986.
2. 2. Exner J.E. The Rorschach: a comprehensive system. Vol. 1: Basic Foundation and Principles of Interpretation. NJ: John Wiley and Sons. 4th ed. 2003. ISBN: 0–471–38672–3
3. 3. Tibon-Czopp S., Appel L., Zeligman R. Assessing Personality Patterns of Functioning in a Decision-Making Ambiguous Task: The Rorschach Reality–Fantasy Scale (RFS-2). Group Decision and Negotiation. 2016; 25: 65–75. doi: 10.1007/s10726-015-9432-z

Психологическая помощь лицам с посттравматическим стрессовым расстройством методом психодрамы

Гочев А., Филимонова О.С.[1]***, Блюм К.Я.***[1]
[1]*«Волгоградский государственный социально-педагогический университет», г. Волгоград, Россия*
olga_filimonova_88@rambler.ru

Ключевые слова: психологическая помощь, посттравматический стресс, метод психодрамы, эмоциональный интеллект

Psychological assistance to people with post-traumatic stress disorder using psychodrama

Gochev A, Filimonova O.S.[1]***, Blyum K.Ya.***[1]
[1] *"Volgograd state social-pedagogical university", Volgograd, Russia*
olga_filimonova_88@rambler.ru

Keywords: psychological assistance, post-traumatic stress, psychodrama method, emotional intelligence

Введение. В последние десятилетия в силу различных факторов все больше возрастает число людей с ПТСР. Специалисты сходятся во мнении, что традиционный психоанализ, поведенческая терапия, гештальттерапия и другие техники следует видоизменять в зависимости от особенностей травмы [2]. В свою очередь психодрама, являющаяся феноменологическим гуманистическим методом психотерапии, может быть весьма эффективна в работе с людьми с ПТСР, кПТСР и другими стрессовыми и фобическими расстройствами. В связи с этим **целью** исследования является оценка эффективности использования метода психодрамы в психологической помощи лицам с ПТСР.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн города Волгограда. В исследовании приняли участие 35 человек обоих полов в возрасте от 25 до 60 лет. Для оценки степени выраженности психологических нарушений у людей с посттравматическим расстройством использовались такие методики, как опросник для дифференциального диагноза агрессии и аутоагрессии Е.П. Ильина и опросник уровня эмоционального интеллекта ЭмИн Д.В. Люсина.

Результаты и обсуждение. Анализ подверженности людей с ПТСР различным видам агрессивного поведения, в том числе ауто- и гетероагрессии показал, что в основном респонденты демонстрируют низкий уровень как ауто- (58,7%), так и гетероагрессии (65,23%).

Однако если рассматривать данные показатели суммарно, то окажется, что подавляющее число опрошенных (76%) имеют выраженную или значительную степень агрессивности, в то время как количество испытуемых с низким значением сразу по обоим показателям составляет всего 24%. При этом в структуре подобных поведенческих нарушений доминируют смешанная (30% от общего числа испытуемых) и аутоагрессия (26,1% соответственно), в то время как на долю гетероагресии приходится около 19,6%.

Необходимо также отметить, что среди обследованных с патологическим уровнем агрессии чаще диагностируется именно аутоагрессия, встречаемость которой составляет 28,5%, что на 8,5% выше, чем патологическая гетероагрессия. Кроме того, проведенный корреляционный анализ показал статистически значимую обратную зависимость между силой выраженности ауто- и гетероагрессии ($r = – 0,554$).

Анализ данных, полученных в ходе диагностики различных аспектов эмоционального интеллекта, показал, что высокая способность к восприятию и пониманию чужих эмоций и управлению ими (МЭИ) встречается только у 26% испытуемых, в то время как подавляющее большинство демонстрируют низкий и средний уровни этого навыка – 39% и 35% соответственно.

Сходные результаты отмечены также при оценке ВЭИ – внутриличностного эмоционального интеллекта. Так, патологически низкий уровень ВЭИ демонстрируют 44% респондентов, что почти в два раза превышает число обследованных с высоким значением этого показателя (24%).

Результаты анализа шкалы УЭ (управление эмоциями) отражают похожие тенденции. В общей структуре УЭ доминируют низкие значения рассматриваемого показателя, составляя 37%, средняя степень выраженности способности к управлению эмоциями наблюдается у 39% респондентов, а высокий уровень эмоционального интеллекта в рамках рассматриваемой шкалы демонстрируют 24% людей с ПТСР, принявших участие в исследовании.

Также стоит отметить тот факт, что количество людей с высоким уровнем эмоционального интеллекта по всем шкалам (т. е. условная норма) составляет 17,3% от числа принявших участие в исследовании, а имеющих снижение по одному показателю – всего 2%. Таким образом, общее количество испытуемых, имеющих значительные нарушения в эмоциональной сфере, составляет более 80%.

Полученные результаты позволили сформировать 4 группы сравнения в зависимости от уровня ауто- и гетероагрессии. В результате была обнаружена слабая отрицательная взаимосвязь между аутоагрессией и способностью воспринимать, осознавать и управлять собственными эмоциями (шкалы ВЭИ и УЭ); значение r в первом случае составил около –0,37, а во втором –0,33.

После реализации программы реабилитации была проведена повторная диагностика для оценки эффективности проведенных мероприятий, по результатам которой были зафиксированы положительные изменения у испытуемых с высокой силой аутоагрессии, а также со смешанной ауто- и гетероагрессией. Количество людей, находящихся в «красной зоне», уменьшилось с 26% до 22% для чистой аутоагрессии; в случае смешанной агрессии этот показатель изменился на 6%, с 30% до 24%.

Наиболее значимые изменения произошли у испытуемых в эмоциональной сфере. Так, число респондентов с крайне низкими способностями к пониманию эмоций других людей (шкала МЭИ) снизилось с 39% до 25%, а количество людей со средним уровнем этого навыка напротив, увеличилось и составило 48%. Сходным образом изменились и показатели внутриличностного эмоционального интеллекта, а также общие способности к пониманию эмоций.

Таким образом, повторное исследование свидетельствует об эффективности применения метода психодрамы, который значительно улучшает показатели психоэмоционального состояния респондентов и снижает болезненную симптоматику.

Литература

1. Авдиенко Г.Ю. Психологическая коррекция и реабилитация участников боевых действий. Москва: ООО «Издательство Юрайт», 2023 г.
2. Блинов О.А. Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств / Проблемы современной науки: сборник научных трудов: выпуск 13 // О.А. Блинов. Ставрополь: Логос, 2014 г.
3. Кузнецова Л.Э. Теоретические модели формирования и коррекции посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих. Л.Э. Кузнецова, Р.В. Черепанов. Текст: непосредственный // Молодой ученый, 2018 г.
4. Кузнецова Л.Э., Р.В. Черепанов. Психологическое сопровождение военнослужащих с посттравматическим стрессовым расстройством, переживших экстремальные ситуации профессиональной деятельности. Журнал «Гуманизация образования» No 5, 2018.

Нормальное и патологическое старение: в поисках критериев и нормативных границ

Гребень Н.Ф.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь
strekosa@tut.by

Ключевые слова: когнитивные функции, нормальное старение, патологическое старение, критерии, нормы

Normal and pathological aging: in search of criteria and normative boundaries

Hreben N.F.
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Republic of Belarus
strekosa@tut.by

Keywords: cognitive functions, normal aging, pathological aging, criteria, norms

В настоящее время демографическая ситуация характеризуется ростом числа людей пожилого и старческого возрастов. Это ставит перед психологами новые задачи, касающиеся более глубокого изучения психологических особенностей людей на поздних этапах жизни. Особенно актуальной становится проблема изучения когнитивного функционирования людей пожилого возраста, т. к. связана с риском развития деменций. В тоже время недостаточно изученными остаются вопросы нормативных изменений психической деятельности при нормальном старении.

Как правило, в медицине не разграничиваются нормальное (физиологическое) и патологическое старение. Симптомы когнитивных нарушений принято рассматривать как естественный процесс старения мозга – энцефалопатию [2]. Если человек попадает в психиатрическую клинику, то при обнаружении даже негрубых нарушений когнитивного функционирования высока вероятность того, что ему будет выставлен диагноз F 06.7 Легкое когнитивное расстройство. Достаточно не справиться с 2–3 заданиями теста скринговой нейродиагностики. К слову, данные тесты были разработаны изначально для врачей-психиатров, но по факту часто такого плана диагностика возлагается на клинических психологов.

Первоначально в психиатрии и неврологии использовались термины, которые подчеркивали зависимость от возрастных изменений головного мозга (доброкачественная старческая забывчивость, возрастное нарушение памяти, возрастная когнитивная дисфункция и т.д.). Но постепенно возобладала точка зрения, согласно которой указанное состояние скорее следует рассматривать как продромальную фазу дементирующего заболевания [1].

Ряд специалистов обращает внимание на тот факт, что очень сложно провести грань между преимущественно возрастными нарушениями мнестико-интеллектуальных функций и когнитивными нарушениями, связанными с начальными (додементными) проявлениями сердечно-сосудистых (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и др.) и дегенеративных заболеваний головного мозга. В повседневной врачебной практике разделение нормальных и патологических изменений когнитивных функций – это часто встречающаяся и одновременно непростая задача [1; 3].

Вместе с тем, в психологии выделен и описан так называемый нейропсихологический синдром нормального старения, где на первый план выступает дефицитарность нейродинамических параметров психической деятельности, проявляющаяся в виде сужения объема психической деятельности, изменений нейродинамических параметров деятельности в сторону преобладания тормозных процессов, недостаточно эффективного запоминания вследствие повышенного торможения следов памяти в условиях интерферирующей задачи, общего снижения темпа деятельности и его неравномерности. Вторая составляющая синдрома нормального старения – недостаточность фактора пространственного анализа и синтеза, проявляющегося в решении задач, требующих актуализации зрительно-пространственных представлений [3].

Целью нашего исследования было изучение возрастных особенностей когнитивного функционирования в группе условно здоровых людей.

Материал и методы исследования. Всего в исследовании приняли участие 530 человек, не имеющих медицинского диагноза, связанного с нарушениями интеллектуальной деятельности. Среди участников исследования 236 (44,5 %) мужчин и 294 (55,5 %) женщины. Средний возраст по выборке составил 34,4±15,08 года, минимальный – 20 лет, максимальный – 84 года. Уровень образования: 19 (3,6 %) респондента имели базовое и среднее образование, 113 (21,3 %) – профессионально-техническое или среднее специальное, 398 (75,1 %) – высшее или незаконченное высшее. Вся выборка была разделена на 5 возрастных групп: 1 группа – 20–29 лет, 2 группа – 20–39, 3 группа – 40–49, 4 группа – 50–59, 5 группа – 60–84 (больший диапазон, т. к. группа оказалась меньшей по наполнению).

В качестве метода исследования выступили отдельные субтесты из методики «Тест Векслера (взрослый вариант): «Повторение цифр», «Шифровка»,

«Кубики Коса», «Складывание фигур» [4]. Нами были отобраны те субстесты, которые гипотетически наиболее чувствительны к негативным изменениям когнитивных функций при старении человека. Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью статистического пакета SSPS-17 for Windows (описательные статистики, частотный анализ, критерий Колмогорова-Смирнова, корреляционный анализ Спирмена).

Результаты исследования. На основании анализа описательных статистик был определен наиболее продуктивный в когнитивном функционировании возраст – 20–29 лет (группа 1), при котором наблюдались наиболее высокие показатели сразу по трем субтестам «Повторение цифр», «Шифровка», «Кубики Коса», за исключением «Складывание фигур», где лучший результат был в группе 2 (30–39 лет). Далее результативность снижалась по мере роста возраста: группа 2, группа 3, группа 4, группа 5.

При помощи корреляционного анализа были обнаружены взаимосвязи возраста со всеми задействованными нами субтестами: «Повторение цифр» ($r_s = –0,261$; $p<0,001$), «Шифровка» ($r_s = –0,340$; $p<0,001$) и «Кубики Коса» ($r_s = –0,27$; $p=<0,001$), «Складывание фигур» ($r_s = –0,132$; $p=0,003$). Это значит, что с возрастом наблюдается снижение кратковременной слухоречевой памяти на цифровую информацию («Повторение цифр»); зрительно-моторной координации и скорость формирования новых навыков («Шифровка»); способности к аналитико-синтетическому мышлению и пространственному воображению («Кубики Коса» и «Складывание фигур»). Поскольку установленные взаимосвязи слабые и умеренные по силе, то снижение когнитивного функционирования не сильно детерминировано ростом возраста респондентов. Наиболее же чувствительным к возрастным изменениям оказался субтест «Шифровка», в котором задействованы такие когнитивные процессы и функции как восприятие, внимание, зрительно-моторная координация и скорость формирования новых навыков. Следовательно, по данным нашего исследования, можно заключить, что снижение темпа психической деятельность является наиболее чувствительным симптомом нормального старения.

Выводы. Наиболее продуктивным в плане когнитивного функционирования является возраст 20–29 лет.

Возраст человека взаимосвязан с результативностью выполнения когнитивных тестов отрицательной связью, что указывает на снижение когнитивного функционирования по мере роста количества лет. Однако это обусловлено не только возрастом, но и рядом других переменных, в частности, снижением когнитивной активности по мере вступления в зрелый возраст.

Субтесты «Повторение цифр», «Шифровка», «Кубики Коса», «Складывание фигур» теста Векслера (взрослый вариант) чувствительны

к возрастным изменения когнитивного функционирования и могут быть использованы для выявления симптомов нейропсихологического синдрома нормального старения. Однако по данным субтестам не установлены нормативные значения, относительно которых будет приниматься нейропсихологический диагноз.

Литература

1. Левин О.С. Что скрывается за термином «легкие когнитивные нарушения»? / О.С. Левин, А.Ш. Чимагомедова, А.Ю. Никитина // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2024. № 1. С. 27–33.
2. Грибанов А.В. Старение головного мозга человека: морфофункциональные аспекты / А.В. Грибанов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2017. № 117(1–2). С. 3–7.
3. Корсакова Н.К. Концепция А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга и нейропсихологический синдром нормального старения / Н.К. Корсакова, И.Ф. Рощина // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: Сам Полиграфист, 2018. С. 203–211.
4. Филимоненко Ю.И. Тест Векслера. Измерение уровня развития интеллекта (взрослый вариант): методическое руководство / Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеев. СПб.: ИМАТОН, 2021. 112 с.

Межличностные отношения и эмоциональная направленность студентов-педиатров

Гутцайт Е.Л., Бакланов М.А., Парфенова Д.А.
ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России», Санкт-Петербург, Россия
zenagutcajt455@gmail.com
mihail.baklanov1999@mail.ru, parfenova-d@mail.ru

Ключевые слова: студенты-педиатры, эмоциональная направленность, межличностные отношения, общение

Interpersonal relationships and emotional orientation of pediatric students

Gutzeit E.L., Baklanov M.A, Parfenova D.A.
North-Western medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of health of Russia, Saint Petersburg, Russia
zenagutcajt455@gmail.com
mihail.baklanov1999@mail.ru, parfenova-d@mail.ru

Keywords: pediatric students, emotional orientation, interpersonal relationships, communication

Введение. Общение с пациентами – неотъемлемая часть профессиональной деятельности любого врача. Однако общение врача педиатра имеет свою специфику: для повышения эффективности диагностики и лечения важно установить контакт и выстроить коммуникацию и с родителем, и с ребёнком-пациентом. Необходимо выявлять коммуникативные трудности в процессе обучения студентов, а также помогать в налаживание профессионального общения.

Особенности общения с окружающими людьми определяются личностными характеристиками партнеров по общению, опытом взаимодействия, их когнитивными, волевыми и эмоциональными свойствами и состояниями.

В нашем исследовании прояснялась взаимосвязь межличностных отношений (МО) и эмоциональной направленности (ЭН) студентов-педиатров.

Направленность – ведущий компонент в структуре личности, а эмоциональная направленность может трактоваться как стремление

получать положительные эмоциональные переживания при удовлетворении определенных потребностей, что позволяет определить важные, ценные для человека сферы жизни [1]. Эмоциональная направленность представляет собой предпочтения определённых эмоций и переживаний, которые являются значимыми для конкретного человека. Она выступает в качестве ориентира при выборе деятельности, в том числе профессиональной, определяя цели и мотивы [3].

Межличностные отношения – совокупность объективных отношений и взаимосвязей между людьми, в основе которых лежат различные эмоциональные переживания. МО играют ключевую роль в выборе стратегии в общении (сотрудничество и партнёрство или, напротив, соперничество и конфронтация) [2].

Целью данного исследования было выявление характеристик межличностного отношения и эмоциональной направленности, свойственных студентам-педиатрам.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 29 студентов, обучающихся на педиатрическом факультете СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Среди респондентов 65,52% составили женщины (n=19), 34,48% – мужчины (n=10). Средний возраст участников исследования 22,5 лет. Для исследования межличностных отношений использовалась методика Т. Лири, оценка эмоциональной направленности проводилась с помощью методики «Общая эмоциональная направленность» Б.И. Додонова; также была использована авторская анкета для получения информации об отношении к общению с пациентами.

Результаты. Среди эмоциональных направленностей у студентов-педиатров преобладают альтруистическая (4,76), коммуникативная (4,07), праксическая (3,66). Наименее выражены пугническая (–1,93), акизитивная (–1) и глорическая (0,68) направленности. Эти данные, составляющие ядро профессиональной мотивации, свидетельствуют о высокой готовности к самопожертвованию и получении удовольствия от помощи другим и общения с пациентами. Для будущих педиатров менее значимы ценности, связанные со склонностью к риску, накопительство и стремлению к славе.

Наиболее выраженными межличностными отношениями являются сотрудничающий (5,97), великодушный (5,58) и покорный (4,79) типы. Для студентов-педиатров не характерны агрессивный (4,45), властный (4,28) и независимый (4,45) типы. Доминирующие типы свидетельствуют о дружелюбии, готовности к сотрудничеству и принятию на себя ответственности, что крайне важно в работе врача. В то же время наименее выраженные типы показывают минимальный уровень враждебности и доминирования в общении студентов-педиатров.

Женщинам статистически достоверно свойственны альтруистическая (U=50,500; p=0,032638), романтическая (U=43,00; p=0,016122), эстетическая (U=50,00; p=0,036206) направленности; мужчинам – гностическая (U=43,00; p=0,015450). Установлено, что отсутствие трудностей в общении с детьми свойственно людям с выраженной коммуникативной ЭН (U=44,500; p=0,037309). Таким образом, выявлены достоверные различия эмоциональной нагрправленности между группами мужчин и женщин среди респондентов. Также стоит отметить важность высоких показателей коммуникативной ЭН при работе с детьми.

При анализе взаимосвязей между показателями ЭН и межличностных отношений были получены следующие результаты: властный МО отрицательно связан с коммуникативной, романтической и эстетической ЭН и положительно – с пугнической. Аналогичные результаты характерны для агрессивного МО. Независимый МО отрицательно связан с коммуникативной, романтической, эстетической и гедонистической ЭН и положительно – с пугнической. Недоверчивый МО отрицательно связан с альтруистической, романтической и эстетической ЭН.

Таким образом, альтруистический и дружелюбный вариант коммуникации будет достоверно предполагать направленность на эстетические, романтические потребности и отсутствие склонности к риску, субъективных трудностей в общении (на уровне тенденции). Гармоничные межличностные отношения основываются на стремлении к красоте и сотрудничеству, в то время как конфликтные и отстранённые стили общения базируются на ориентации на борьбу и недоверие.

Выводы. У будущих педиатров превалируют альтруистическая, коммуникативная, практическая эмоциональные направленности, в то время как пугническая, акизитивная и глорическая выражены слабо. В межличностных отношениях они ориентированы на сотрудничество, великодушие, покорность; агрессивный, властный, независимый типы межличностных отношений выражены слабо. Властный, агрессивный, независимый типы отношений отрицательно связаны с коммуникативной направленностью, а недоверчивый – с альтруистической направленностью. Для будущих врачей-педиатров важны благополучие пациента, слаженная работа в команде и польза от их труда, а не самоутверждение или материальное благополучие. Этот эмоциональный и коммуникативный профиль может стать основой их дальнейшей успешной профессиональной деятельности.

Литература

1. Додонов Б.И. Эмоция как ценность. М.: Политиздат, 1978. 272 с.
2. Клепцова Е.Ю. Виды межличностных отношений // Известия Самарского научного центра РАН. 2013. № 2–2. URL: https://cyberleninka.

ru/article/n/vidy-mezhlichnostnyh-otnosheniy (дата обращения: 14.08.2025).
3. Эмоциональная направленность как основа формирования познавательных интересов личности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2009. № 1–1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnaya-napravlennost-kak-osnova-formirovaniya-poznavatelnyh-interesov-lichnosti (дата обращения: 18.08.2025).

Расстройства аутистического спектра у детей с синдромом Мартина-Белл

Данилина К.К.
Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с РАС, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия
d-kk@mail.ru

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, синдром Мартина-Белл, синдром ломкой хромосомы Х

Autism spectrum disorders in children with Martin-Bell syndrome

Kamilla K. Danilina
Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with ASD, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
d-kk@mail.ru

Keywords: autism, autism spectrum disorders, Martin-Bell syndrome, fragile X syndrome

Введение. Среди синдромальных форм расстройств аутистического спектра (РАС) синдром Мартина–Белл или синдром ломкой хромосомы Х является наиболее частой причиной аутизма. По статистике, 6 % случаев недифференцированных форм РАС и задержек развития связаны с синдромом Мартина-Белл [3,5]. Под синдромальными формами РАС понимают группу заболеваний, при которых клиническая картина аутизма определяется нарушениями роста и созревания нервной системы вследствие «поломки» генетической программы одного гена. При полной мутации гена FMR1 происходит увеличение числа тринуклеотидных CGG-повторов (более 200), что приводит к метилированию промотора этого гена и полному отсутствию белка FMRP у лиц мужского пола. У людей с полной мутацией гена наблюдаются интеллектуальная недостаточность, когнитивные нарушения, расстройства аутистического спектра, гиперактивность с дефицитом внимания, гиперчувствительность

к сенсорным стимулам, а также соединительнотканные нарушения [1]. В зависимости от количества белка FMRP специфический поведенческий фенотип у людей с МБ проявляется в разной степени.

Одной из характерных особенностей при синдроме Мартина–Белл являются аутистические нарушения проявляющиеся в особенностях речи: эхолалии, выраженные персеверации, быстрый темп речи, стереотипиях: похлопывания руками, повороты вокруг своей оси, подпрыгивания, встряхиваний кистями [2]. У лиц мужского пола с МБ аутистические черты встречаются чаще, в 60% случаев, у лиц женского пола в 20% случаев [4].

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 18 мальчиков с подтвержденным генетическим диагнозом синдром Мартина–Белл в возрасте от 3 лет 0 месяцев до 6 лет 10 месяцев. Для оценки аутистических проявлений использовались социально-коммуникативный опросник SCQ, бланк «В течении жизни» – это скрининговая методика, которая помогает выявить симптомы, связанные с РАС. Методика состоит из 40 вопросов, на все вопросы отвечают родители детей возраста 36–82 месяца. Также план диагностического обследования при аутизме ADOS-2 – это полуструктурированная стандартизированная оценка общения, социального взаимодействия, игры и ограниченного/повторяющегося поведения.

Результаты. У детей с МБ по методике SCQ бланк «В течении жизни» выявлен риск РАС в 88% случаев (16 из 18 испытуемых). Согласно результатам по методике ADOS-2 67% (12 детей) обследованных были отнесены к группе «аутизм», 22% (4 ребенка) – к группе «спектр аутизма», а 11% (2 ребенка) – к группе «вне спектра аутизма». Группа «спектр аутизма» предполагает наличие меньшего количества симптомов РАС по сравнению с классической формой аутизма, но больше, чем при полном отсутствии симптомов. По нашим данным, наибольший вклад в суммарный балл по шкале ADOS-2 дают различные социальные аффекты: необычный глазной контакт, выражение лица, адресованное другим и инициирование совместного внимания. При этом существенно меньше баллов дети набирали за различные стереотипные формы поведения, которые являются характерной чертой у детей с недифференцированными формами РАС.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить, что для людей с синдромом МБ характерен особый профиль аутистических нарушений, отличный от несиндромальных форм расстройств аутистического спектра и других синдромальных нарушений.

Литература

1. Тюшкевич С.А., Переверзева Д.С., Мамохина У.А. и др. Рекомендации по комплексному сопровождению семей, воспитывающих детей

с синдромальными формами РАС. Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой Х. Методические рекомендации // Под ред. А.В. Хаустова. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2018. 121 с.
2. Bassell G.J., Warren S.T. Fragile X syndrome: loss of local mRNA regulation alters synaptic development and function // Neuron. 2008. Vol. 60. № 2. P. 201–214.
3. Hagerman R.J., Berry-Kravis E., Hazlett H., et al. Fragile X syndrome // Nature reviews Disease primers. 2017. Vol. 3. № 17065, P. 1–19.
4. Lee M., Martin G.E., Berry-Kravis E., et al. A developmental, longitudinal investigation of autism phenotypic profiles in fragile X syndrome // Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2016. Vol. 8. № 1. P. 47–57.
5. Saldarriaga W., Tassone F., González-Teshima L.Y., et al. Fragile X syndrome // Colombia médica. 2014. Vol. 45. № 4. P. 190–198.

Сравнения представлений о холоде у пожилых людей, занимающихся и не занимающихся закаливанием

Дергачёва А.В.
Тюменский государственный университет, Тюмень, Россия
a.v.dergacheva@utmn.ru

Ключевые слова: Холод, закаливание, пожилые люди

Comparisons of cold perceptions among elderly people who do and do not harden themselves

Dergacheva A.V.
Tyumen State University, Tyumen, Russia
a.v.dergacheva@utmn.ru

Keywords: Cold, hardening, elderly people

Аннотация. В статье представлен сравнительный анализ представления о холоде у пожилых людей, которые занимаются и не занимаются закаливанием. Исследование проводилось на 36 пожилых людях методом свободных ассоциаций и шкалой Self Asessment Manikin. Результаты показали различие в отношении к холоду, а именно положительные эмоции и субъективное ощущение пользы для здоровья у пожилых людей, которые занимаются закаливанием.

Актуальность. В данной работе рассмотрены два психологических аспекта. Во-первых, холод может негативно влиять на психическое состояние пожилых людей, вызывать дискомфорт, а также приводить к социальной изоляции, усиливать чувство одиночества [Т.А. Фишер, Е.Л. Доценко, С.А. Петров, О.В. Фролова]. Пожилые люди физиологически сложнее переносят минусовые температуры [Г.Т. Жалалова]. Сравнение людей, которые занимаются и не занимаются закаливанием позволит понять, возможно ли при помощи методов закаливания изменить субъективное отношение пожилых людей к холоду. Во-вторых, пожилые люди наравне с молодым населением подвержены стрессу и др. факторам, которые негативно сказываются на психоэмоциональном состоянии пенсионеров [Н.Г. Фирсова]. Закаливание является одним

из способом улучшения психического и физического состояния. Сравнительный анализ позволит понять отношение к холоду в целом и к закаливанию в частности.

Цель исследования. Сравнить отношение к холоду у пожилых людей, занимающихся и не занимающихся закаливанием.

Методы и организация исследования. В исследовании приняло участие 36 человек. Исследование проходило на базе Регионального центра активного долголетия, геронтологии и реабилитации и клуба закаливания и зимнего плавания «Кристалл». Средний возраст респондентов 70 лет. Средний стаж закаливания в выборке пожилых людей, занимающихся закаливанием – 10 лет. Исследование проводилось методом свободных ассоциаций и шкалы Self Asessment Manikin (визуальный способ оценками представления о ситуациях, когда респондент испытывает холод). Результаты обрабатывались частотным анализом.

Результаты. На основании полученных результатов было выделено пять основных категорий: положительные и негативные эмоции и состояния, описание ощущений и погоды, здоровье и физическое состояние, а также атрибуты, имеющие прямую ассоциацию с холодом (одежда, обувь и тд).

Результаты метода свободных ассоциаций у пожилых людей, занимающихся закаливанием (категории расположены в порядке снижения абсолютной частоты встречаемости в выборке)

1. Описание ощущений и погоды Ассоциации: морозит (5), холодный (4), лед (3), снег (3), ледяной (2), непогода, стужа, ветренный, студёный, мокрый.
2. Здоровье и физическое состояние Ассоциации: здоровье (4), лечит (2), энергия (2), бодрость, лечение, закаливание, эмоции, зарядка, разогрев, разминка, жить.
3. Положительные эмоции и состояния. Ассоциации: возбуждает (4), приятный (3), радостный, прекрасный, интересный, уникальный, положительный, желанный, будоражит, сила, мощь.
4. Атрибуты. Ассоциации: одеться (2), обуться.
5. Негативные эмоции и состояния. Ассоциации: неприятный (3), отвратительный (2), жуткий, унывать

Результаты метода свободных ассоциаций у пожилых людей, не занимающихся закаливанием (категории расположены в порядке снижения абсолютной частоты встречаемости в выборке)

1. Описание ощущений и погоды Ассоциации: мороз (5), снег (5), морозный (4), мерзнуть (4), ледяной (4), стужа (4), ветер (2), зима (2), снегопад, щиплет, сквозит

2. Негативные эмоции и состояния. Ассоциации: озноб (4), дрожать (4) злюсь (3), некомфортный (2), неприятный, дискомфортный
3. Атрибуты. Ассоциации: одежда (4), утепляться (3), одеваться (2)
4. Положительные эмоции и состояния. Ассоциации: привычный

Большее количество ассоциаций на слово «холод» у пожилых людей, занимающихся закаливанием, относится к категориям описание погоды, положительные эмоции и состояние, а также здоровье и физическое состояние. Последние две категории отсутствуют в описании ассоциаций у пожилых людей, которые не занимаются закаливанием. Те, кто занимается закаливанием, связывают холод со здоровьем, положительными эмоциями и улучшением состояния.

У пожилых людей, которые не занимаются закаливанием, превалируют категории описание ощущений и погоды, негативные эмоции и состояния, и атрибуты. Пожилые люди из данной выборке ассоциируют холод с негативными ощущениями от температурного воздействия, а также с атрибутами, которые связаны с холодом – вещами, которые ассоциируются с понижением температуры.

Результаты оценки представления о ситуациях, когда человек испытывает холод показали не существенные различия между выборками:

Среднее значение пожилых людей, занимающихся закаливанием: валентность 3,6; возбужденность 2,6; доминантность 4; оценка 2,8; значимость 3,4; источник ощущений 2,2.

Среднее значение пожилых людей, не занимающихся закаливанием: валентность 2,7; возбужденность 2,5; доминантность 3,3; оценка 2,9; значимость 3,4; источник ощущений 2,6

Валентность показывает эмоциональное отношение к холоду (эмоционально негативно-эмоционально позитивно). Пожилые люди, которые занимаются закаливанием положительнее, относятся к ситуациям, когда испытываются холод. Шкала возбужденности указывает на то, как чувствует себя человек (спокойно-избыточно возбужденно). По результатам обе группы спокойно относятся к ощущению холода. Доминантность показывает степень уверенности в ситуации, группа, которая занимается закаливанием, чувствует себя увереннее, однако среднее значение у второй группы показывает, что они тоже ощущают себя достаточно уверенно. Ощущения обеих групп связаны одновременно и с эмоциональной, и с рациональной оценкой и равноценно для них важны их ощущения. Также источник ощущений для обеих групп привносится как извне, так и идет изнутри.

Выводы. Отношение к холоду у пожилых людей, которые не занимаются закаливанием отлично от пожилых людей, которые занимаются закаливанием. В первую очередь различие заключается в эмоциональном

отношении к холоду, а также к субъективному ощущению пользы для здоровья от холода.

Литература

1. Жалалова Г.Т. Холодовая реакция организма у лиц пожилого возраста / Г.Т. Жалалова // Вестник Ошского государственного университета. 2020. № 1. С. 42–47.
2. Фирсова Н.Г. Стресс-преодолевающее поведение людей пожилого возраста / Н.Г. Фирсова // Вестник ГУУ. 2014. № 5. С. 271–273.
3. Фишер Т.А., Доценко Е.Л., Петров С.А., Фролова О.В. Моржевание как способ повышения качества жизни / Т.А Фишер, Е.Л. Доценко, С.А. Петров, Фролова О.В. // Известия Самарского научного центра РАН. 2015. № 5–2. С. 528–533.

Особенности отношения современных подростков и их родителей к теме ментального здоровья и психолого-психиатрической помощи

Джавадова Э.И., Ильина А.А.
НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, Москва, Россия
notocar1626@gmail.com

Ключевые слова: ментальное здоровье, психолого-психиатрическая помощь, подростки

Characteristics of the attitude of modern teenagers and their parents to the topic of mental health and psychological and psychiatric care

Dzhavadova E.I, Ilyina A.A.
Scientific and Practical Center for Mental Health and Psychiatric Care named after G.E. Sukhareva, Moscow Health Department, Moscow, Russia
notocar1626@gmail.com

Keywords: mental health, psychological and psychiatric care, stigmatization, teenagers

Введение. Согласно ВОЗ каждый седьмой подросток (15%) страдает от психического расстройства. Депрессия, повышенная тревожность и поведенческие нарушения являются ведущими причинами заболеваемости и инвалидности в этой возрастной группе [2]. Для обеспечения качественной своевременной профессиональной помощью важно понимать как именно современное поколение и их родители относятся к теме ментального здоровья, чего боятся и в чем нуждаются больше всего.

Материал и методы. Сотрудниками центра была разработана анкета для выявления отношения подростков и их родителей к теме ментального здоровья и получения психолого-психиатрической помощи.

Также в анкете была продублирована часть вопросов из социологического исследования “Подростки 360” [1], касающихся тем субъективной оценки общего благополучия, установки и запросы на психологическую помощь, отношение подростков к профессиональной помощи.

Опубликованные ранее данные этого федерального исследования, полученные на широкой выборке подростков мы сравниваем с результатами нашей клинической выборки.

Респондентами нашего исследования стали подростки 13–17 лет, госпитализированные в психиатрический стационар (круглосуточный и дневной стационар "Клиники кризисной помощи") в количестве 200 человек (144 девочки и 56 мальчиков).

Основные задачи исследования: проследить маршрут получения психолого-психиатрической помощи, определить трудности и вызовы при обращении за помощью, оценить тенденции стигматизации ментального здоровья.

Результаты. 91% опрошенных в клинической выборке отметили, что в их семьях к психологам относятся нейтрально и позитивно, у 86% такое же отношение к профессии психиатра. У более 10% респондентов близкие обращались к психологам и/или психиатру. Однако при открытом вопросе «Что такое ментальное здоровье? Как ты это понимаешь?» только около **15%** опрошенных смогли развернуто ответить на этот вопрос и поделиться своим суждением. Это может говорить о наличии интереса, уже сформированной потребности, но недостаточной осведомленности и все еще низком психообразовании среди молодого поколения.

В клинической выборке в 4 раза больше подростков обращались за помощью к психологу до госпитализации. Из тех, кто никогда не обращался к психологу в клинической выборке в 9 раз меньше подростков, которые считают, что им не нужна была помощь и в 2 раза меньше ребят считают, что свои проблемы должны решать сами. Возможно, что у неклинической выборки проблемы были не такие интенсивные и в целом у тех подростков больше ресурсов и копингов для совладания.

В неклинической выборке обращение за психологической помощью в два раза чаще стигматизируется: с утверждением "за психологической помощью обращаются только психически больные люди" согласны 16% подростков из неклинической выборки, а из клинической – 6%. У подростков из клинической выборки больше доверия к государственным структурам, а вот к школьным психологам у клинической выборки меньше доверия и ощущения эффективности работы (54% и 64%). Возможно, это связано с тем, что для работы с подростками с клиническими симптомами требуются специализированные навыки и организация помощи, которую не всегда можно реализовать в школьной среде.

Интересно, что в клинической выборке отмечается в целом низкий уровень стигматизации темы ментальных заболеваний. Мы можем констатировать достаточно реалистичное представление о психических расстройствах (к примеру, всего лишь 2% опрошенных считают, что

психических заболеваний не существует, а «все от лени и стресса», а 4%, что прием лекарств от врача-психиатра – это “легкий путь” и признак слабости).

Выводы. Интерес к теме ментального здоровья у современных подростков устойчиво растет за последние годы. Растет количество обращений к специалистам и уровень доверия к врачам-психиатрам и психологам. Вместе с этим достаточно большая часть подростков с клиническими проявлениями по-прежнему своевременно не обращаются за помощью и при возникновении проблемы проходит от пары недель до нескольких лет.

По результатам сравнения клинической и неклинической выборок можно отметить, что среди подростков имеющих опыт госпитализации отмечается большая лояльность и меньший уровень стигматизации. Большой интерес составляет изучение причин, которые могут тормозить процесс обращения за помощью, а в некоторых случаях делают его невозможным. По результатам опроса эти причины можно разделить на две большие группы: часть “преград” представлены организационными трудностями, а также недоверием и страхом обращения в психолого-психиатрические службы, а вторая часть с проблемой в контакте детей и родителей.

Литература

1. Лялина И.Н., Золотова А.М., Русакова М.М. Конфликтные ситуации в средних общеобразовательных учреждениях: потребности подростков и окружающих взрослых по результатам социологического исследования //Социальные науки и детство. 2022. Т. 3. № . 4. С. 20–40.
2. «Психическое здоровье подростков», ВОЗ, 2024 https://www.who.int/ru/news/item/12–05–2025-who-results-report-2024-shows-health-progress-across-regions-overcoming-critical-challenges

Роль клинического психолога в педиатрической практике

Диденко М.А.
Волгоградский государственный медицинский университет
Волгоград, Россия
maria.didenko.vlg@gmail.com
Научный руководитель:
Костенко О.В., к.м.н., доцент,
Кондакова Л.И., к.м.н., доцент

Ключевые слова: Клинический психолог, педиатрическая помощь, инвалидизация

The role of a clinical psychologist in pediatric practice

Didenko M.A.
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
maria.didenko.vlg@gmail.com
Scientific supervisor:
Kostenko O.V., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Kondakova L.I., Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Keywords: Clinical psychologist, pediatric care, disability

Согласно статистическим данным Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации с 2021 по 2024 годы отмечается рост числа случаев детской инвалидности на 6,5%. Среди мальчиков этот показатель ещё выше – 7,7%, тогда как у девочек наблюдается меньший прирост – 4,6% [1].

Оказание медицинской помощи детям регулируется Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно статьям 20 и 54 данного закона, медицинское вмешательство возможно лишь при наличии информированного согласия одного из законных представителей пациента и осуществляется в его присутствии [2].

В своей повседневной практике врач-педиатр тесно взаимодействует с родителями ребенка, изучая симптомы, жалобы, анамнез жизни и анамнез заболевания, проводя диагностику заболевания и назначая лечение. Однако особенно важно грамотное поведение врача-педиатра в ситуациях,

когда ребенку поставлен серьезный диагноз, влияющий на дальнейшую жизнь семьи. Для проведения дальнейшего лечения и реабилитации врач обязан своевременно и деликатно проинформировать родителей обо всех аспектах заболевания, возможных последствиях и перспективах, включая реабилитационные мероприятия и этапы лечения.

В рамках оказания качественной медицинской помощи важным аспектом является взаимодействие врача-педиатра с клиническим психологом. Его роль заключается в оказании комплекса мероприятий, включающих консультирование, коррекцию поведения, проведение профилактических мероприятий и просветительной работы, направленных на сохранение и укрепление психоэмоционального статуса ребенка и его семьи [3].

Психологическое сопровождение семьи, переживающие трудности со здоровьем ребенка, является одним из важных компонентов полноценного ухода за ребенком. Работа клинического психолога направлена на оказание психологической поддержки как самому ребенку, так и его близким родственникам, а также создание комфортных условий для адаптации к новым условиям жизни. Занятия с клиническим психологом в виде бесед, консультаций помогает справиться с эмоциональными переживаниями, эффективно решать возникающие проблемы, что обеспечивает благоприятную обстановку для восстановления и поддержания психического здоровья ребенка и гармоничного развития в новых условиях.

Работа в мультидисциплинарной команде является одним из ключевых условий успеха, так как совместное взаимодействие врача-педиатра, клинического психолога, специалиста по лечебной физкультуре и других медицинских работников позволяет достичь лучших результатов в реабилитации и восстановлении функций организма и обеспечивает комплексное решение проблем пациента и возвращение его к социальной активности [3].

Особенное значение играет формирование доверительных отношений между врачом и пациентом, а также его близкими родственниками. Высокая степень эмаптии, проявляемая врачами, повышает эффективность реабилитации и облегчает адаптацию всей семье к произошедшим переменам.

Интеграция клинического психолога в систему оказания педиатрической помощи улучшает перспективы выздоровления, повышает качество жизни детей с различными заболеваниями, содействует гармоничному развитию ребенка даже в сложной жизненной ситуации.

Литература

1. ЕМИСС Государственная статистика. [Электронный ресурс] URL: https://www.fedstat.ru/indicator/62496. (Дата обращения 02.09.2025).

2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ». [Электронный ресурс] URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/. Дата обращения 02.09.2025).
3. Калюжный И.П. Опыт работы клинического психолога в составе мультидисциплинарной команды специалистов отделения медицинской реабилитации «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» / И.П. Калюжный, К.В. Парамонова. Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2021. № 49 (391). С. 316–318.

Роль личностных ресурсов в оценке болезни как угрозы у пациентов с бронхиальной астмой

Димитрова К.В.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава РФ
kategold1@gmail.com

Ключевые слова: личностные ресурсы, восприятие болезни, астма

The Role of Personal Resources in the Perception of Illness Threat in Patients with Bronchial Asthma

Dimitrova K.V.
FSBEI HE ROSUNIMED of MOH of Russia
kategold1@gmail.com

Keywords: personal resources, illness perception, asthma

Введение. В совладании со стрессом, по когнитивной модели Р.С. Лазаруса, важнейшим процессом является первичная оценка стрессогенной ситуации [Lazarus, Folkman, 1984]. Дальнейшее поведенческое преодоление стресса обеспечивается за счет личностно-средовых ресурсов и копинг-стратегий [Сирота, Ялтонский, 1996]. Личностные ресурсы также определяют оценку стрессора как угрозы, выполняя фильтрующую функцию [Иванова, 2013; Леонтьев, 2016]. К стрессогенным ситуациям относятся и заболевания, в частности хронические, глубоко затрагивающие жизнь пациентов, в том числе бронхиальная астма (БА). Соответственно, личностные ресурсы могут, предположительно, предсказывать и восприятие угрозы именно от хронической болезни и потенциально снижать негативное действие стресса на человека в данных условиях. Целью настоящего исследования является изучение вклада некоторых личностных ресурсов в предсказание оценки болезни как угрозы для жизни у пациентов с БА.

Материал и методы. В выборку вошли 102 пациента с БА средней и тяжелой степени тяжести, из них 62 женщины и 40 мужчин в возрасте от 20 до 79 лет (средний возраст – 57,79±14,77 лет). В качестве основных предикторов оценки болезни как угрозы рассматривались

следующие личностные копинг-ресурсы: общая самоэффективность, самоэффективность в отношении лечения, жизнестойкость, толерантность к неопределенности, позитивный и негативный смыслы болезни, такие аспекты самодетерминации, как воспринимаемый выбор и аутентичное самовыражение. Также в модель входили социодемографические переменные – пол, возраст, образование, стабильное финансовое положение, а также клинические параметры – тяжелая степень БА и стаж лечения. Личностные ресурсы исследовались с помощью следующих методик: 1) Шкала общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека; 2) Опросник самоэффективности в отношении лечения Е.И. Рассказовой и А.Ш. Тхостова; 3) Краткий тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой; 4) Опросник толерантности к неопределенности Д. МакЛейна в адаптации Е.Н. Осина; 5) Опросник «Личностный смысл болезни» В.М. Ялтонского; 6) Тест самодетерминации К. Шелдона в адаптации Е.Н. Осина. Оценка болезни как угрозы измерялась с помощью Краткого опросника восприятия болезни Э. Бродбент и соавторов в адаптации В.М. Ялтонского и соавторов. Остальные параметры оценивались с помощью социодемографической и клинической анкет. Статистическая обработка проводилась на языке Python в среде разработки Jupiter Notebook. Пол, стабильное финансовое положение и тяжелая степень астмы были представлены как бинарные (dummy) переменные, остальные параметры рассчитывались как непрерывные и были стандартизованы. Далее для построения предсказательной модели применялась Lasso-регрессия (L1-регуляризация) с последующей кросс-валидацией K-fold.

Результаты. С помощью Lasso-регуляризации прошли отбор следующие значимые признаки: возраст ($\beta = 3.4919$), аутентичное самовыражение: ($\beta = –0.3736$), самоэффективность в отношении лечения: ($\beta = –0.8475$), жизнестойкость ($\beta = –1.5565$). Были получены основные статистики модели: $R^2 = 0.3480$, скорректированный $R^2 = 0.2430$, MSE (среднеквадратичная ошибка) = 58.9490, RMSE (корень из среднеквадратичной ошибки) = 6.9753. После кросс-валидации модели методом K-fold были вычислены следующие значения: $R^2 = 0.2198 \pm 0.0000$, MSE = 48.6554 ± 0.0000, RMSE = 6.9753, оптимальная α (штраф) = 0.8500. Таким образом, данная регрессионная модель объясняет на тестовых данных около 22% дисперсии оценки болезни как угрозы, что говорит также о роли иных факторов в прогнозировании данной зависимой переменной.

Выводы. Среди рассмотренных личностных ресурсов наибольший вклад в восприятие болезни как угрозы вносит жизнестойкость: чем больше человек способен преодолевать стрессогенные ситуации, тем менее угрожающим представляется ему заболевание. При этом с повышением

возраста болезнь воспринимается как угроза все сильнее – именно возраст определен как самый весомый предиктор из всех параметров и является поэтому в данном случае фактором риска. Убежденность пациента в своей способности справиться с заболеванием и переживание жизни как соответствующей его устремлениям, ценностям и интересам также играют роль, хотя и в меньшей степени. Таким образом, ресурсы личности, связанные как непосредственно с управлением стрессом (жизнестойкость, самоэффективность в отношении лечения), так и глубоко с мотивационно-потребностной сферой (аутентичное самовыражение), являются факторами переживаемого уровня угрозы БА для жизни. Их высокие значения способствуют его снижению и, соответственно, уменьшению внутреннего напряжения от бремени болезни, что имеет особенное значение для пожилых пациентов с БА.

Литература

1. Леонтьев Д.А. Саморегуляция, ресурсы и личностный потенциал // Сибирский психологический журнал. 2016. № 62. С. 18–37.
2. Иванова Т.Ю. Теория сохранения ресурсов как объяснительная модель возникновения стресса // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. № 3. С. 119–135.
3. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение как проблема наркологии // Вопросы наркологии. 1996. № 1. С. 76–82.
4. Lazarus, R.S., Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer. 1984. 445 p.

Проведение цикла бесед-лекций для старшеклассников, их родителей и преподавателей о проблемах полового созревания

Добряков И.В.
ФГБОУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: половое созревание, проблемы, психопрофилактика, школа

Conducting a series of talks and lectures for high school students, their parents and teachers about the problems of puberty

Dobryakov I.V.
Department of the Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology", Saint Petersburg, Russia

Keywords: puberty, problems, psychoprophylaxis, school

Подростковый возраст – это время формирование единого образа себя (эгоидентичности) и попыток понимания отношения мира к себе, оценки себя в семье и в окружающем мире. Окончательное закрытие даже для ближайших родственников душевных и телесных границ приводит к усилению сепарации требует освоения новых социальных ролей. В то же время физиологическая гиперсексуальность побуждает к сексуальным действиям, нередко девиантным и даже делинквентным. При неблагоприятных провоцирующих, обстоятельствах они могут реализоваться.

Основа формирования половой роли, телесных границ и стыда наготы, адекватного отношения к вопросам половых различий и взаимодействия полов закладывается в семье. Это происходит стихийно и во многом зависит от сложившихся в семье стереотипах мужского и женского поведения. Воспитание соответствия своему полу и отношений к представителям противоположного пола происходит исподволь благодаря наблюдаемым примерам значимых взрослых, прежде всего

родителей. В препубертатном и пубертатном периодах у подростков происходят волнующие их изменения собственного тела, пробуждаются сексуальные интерес к противоположному полу. Возникает много мучительных вопросов, ответы на которые (часто нелепые, неверные, вульгарные) подростки получают из неравноценных и противоречивых источников. важнейшим из которых выступают более сведущие сверстники и старшие товарищи.

В наше время получить «секретную» информацию «помогает» доступность порнографии, знакомящей с физиологией секса, игнорирующий душевные эротические отношения мужчин и женщин. Порнографические ролики рекламируют примитивность и доступность половых актов, промискуитет, подают дурной пример [1, 2, 3]. Противостоять этому и воспитать адекватное отношение к противоположному полу, укрепить семейные ценности может система эффективных занятий-бесед, которые могут проводиться в рамках соответствующих просветительных программ в образовательных учреждениях.

В прошлом в нашей стране была попытка внедрить в школах занятия по «Этике и психологии семейной жизни». Они могли бы дать адекватные ответы подросткам на многие вопросы. Однако, внедрить и реализовать замыслы не удалось из-за отсутствия квалифицированных преподавателей, не умеющих создать доверительную обстановку, на отсутствие у них знаний об истинных проблемах, волнующих подростков.

В настоящее время в школах внедряют занятия по «Семьеведению», призванные в разделе «Человек, семья, общество» обсуждать с учениками темы о браке, формировании семьи, семейных традициях. Цель занятий – формирование у детей просемейных ценностно-смысловых установок: брачности, многодетности, целомудрия [4]. А.Ю. Кузнецова считает, что такой курс станет одним из шагов в этой важной работе. сохранения ценностей и защиты семьи [5]. Существенные трудности представляет дефицит специалистов, готовых его качественно преподавать. На базе Казанского государственного университета культуры и искусств осуществляется подготовка специалистов, названных «семьеведами». Обучаются на курсах разные специалисты: учителя и директора школ, социальные педагоги, методисты РОНО и др. [4].

Вызывает сомнение, что столь разные специалисты способны освоить необходимые знания по сложным темам, касающихся проблем полового развития и передать их подросткам. Наиболее подходящими для этого могут стать школьные психологи. Для них разработана короткая соответствующего программа ТУ. Им предоставляется возможность получения супервизии. Программа базируется на освоении ими удачного опыта проведения в школах лекций-бесед, избегающих как ристрективных, так и пермиссивных установок [1].

Лекция-беседа-1 Тема: «Психология современных подростков. Формирование личности, половой роли, здорового образа жизни. Профилактика нарушений поведения». Она проводится для учителей и родителей старшеклассников вместе. Это необходимо, так как при осуществлении полового воспитания школа и семьи должны сотрудничать. Обсуждается, как помочь подросткам избежать разочарований, смягчить переход ко взрослой жизни; гармонизировать реализацию эмоциональных и сексуальных потребностей, избегая нарушений социальных норм и благополучия других людей как в среде сверстников, так и в семьях [3]. В результате родители и педагоги на основе полученной информации формируют общий взгляд на проблемы и их решение. Они имеют право знать, кто и о чем собирается говорить с их детьми, имеют право не разрешать ребенку посещать предстоящие занятия. Лекция-беседа-1, как и последующие, заканчивается ответами на анонимные записки. В программу бесед с подростками могут быть внесены изменения, учитывающие пожелания родителей и педагогов.

Лекция-беседа-2 на тему «Что такое личность? Трудности ее формирования в подростковом возрасте и их конструктивное преодоление» проводится с юношами и девушками вместе. Обсуждаются вопросы о семейных ценностях, о важности принятия своего облика, пола, национальности, способностей, проблемы формирования личности, отношения людей. В конце слушатели задают вопросы. Лишь установив с подростками доверительный контакт им можно предложить прийти на следующие лекции-беседы.

Лекция беседы 3 проводится только с девушками, а 4 только с юношами. Тема одна: «Изменения психики и тела в период полового созревания. Норма и отклонения. Проблемы и их решения». На занятиях доступно и кратко предоставляются сведения об особенностях мужского и женского организма, о репродуктивной функции. Акцент делается на том, что волнует очень многих подростков, и о чём они стесняются спросить. Чтобы информация соответствовала запросу, делается небольшой перерыв, во время которого каждый слушатели могут написать анонимные записки с вопросами, касающимися их проблем. Эти записки дают ценные сведения об уровне информации, которым владеют подростки, об их типичных заблуждениях и проблемах. Ответы на вопросы должны быть откровенными, полными, но не пространными, не выходящими за рамки контекста. Они объясняют, что изменения организма закономерны и не свидетельствуют о патологии. Это снижает тревогу. Формируется ответственное отношение к сексуальным переживаниям, побуждениям и семейным ценностям, внушается недопустимость нарушения телесных границ, сексуальных контактов по гедонистическим

мотивам. Подростки ориентируются на создание в будущем супружеских отношений, рождение детей, на недопустимость абортов.

Результат проведения подобных бесед с родителями, учителями и подростками – улучшение их взаимопонимания. Широкое внедрение в школы подобных программ позволит повысить знания родителей и педагогов в этой области, будет способствовать лучшему пониманию ими проблем подростков, улучшению коммуникаций, оздоровлению подростков, снижению риска ранних случайных сексуальных связей и служить первичной профилактикой абортов.

Литература

1. Добряков И.В. Современные вопросы психосексуального развития и полового воспитания // «Подросток наше будущее»: российско-шведский семинар. СПб.: ДМ, 2022.06. С. 21–26.
2. Добряков И.В., Фесенко Ю.А. Влечения у детей и подростков: становление, проявления, отклонения (монография). СПб.: Проспект Науки, 2024. 296 с.
3. Каган В.Е. Воспитателю о сексологии. М.: Педагогика, 1991. 256 с.
4. Карцева Л.В. и др. Семьеведение: уч.-метод. пособие. ФГБОУ ВПО «КазГИК», Татарстанское отделение Нац. Общ. ком. «Российская семья». 2-е изд. Казань: РИЦ «Школа», 2015. 199 с.
5. Кузнецова А.Ю. О курсе «моя семья» (Семьеведение». https://rg.ru/2025/03/22/annna-kuznecova-o-kurse-moia-semia-shkolnikam-rasskazhut-o-semejnyh-cennostiah.html

Подростки с особенностями психического развития, совершившие диверсии под влиянием интернет-среды

Дозорцева Е.Г., Федонкина А.А., Бадмаева В.Д., Чибисова И.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия
edozortseva@mail.ru

Ключевые слова: подростки, психические расстройства, психическое развитие, диверсии, интернет-среда

Adolescents with peculiarities of mental development who committed acts of sabotage under the influence of the Internet environment

Dozortseva E.G., Fedonkina A.A., Badmaeva V.D., Chibisova I.A.
V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
edozortseva@mail.ru

Keywords: adolescents, acts of sabotage, mental disorders, mental development, the Internet environment

Введение. В последние годы в структуре преступности появился новый вид специфических правонарушений – диверсионные и террористические действия. Эти действия направлены на повреждение важных технических объектов, например, релейных шкафов железных дорог, или объектов, имеющих символическое или политическое значение в условиях существующего в настоящее время вооруженного конфликта. Инициаторы подобных действий обманным путем вовлекают в них с помощью цифровых устройств (смартфонов, телефонов) наиболее уязвимые категории людей – пенсионеров и несовершеннолетних. Тактика

мошенников в отношении взрослых лиц заключается в том, что они создают для своих жертв эмоционально насыщенную и высоко субъективно значимую безвыходную ситуацию, для разрешения которой предлагается совершить спланированные преступниками деструктивные действия. Результатом помимо нанесенного государству или частным лицам ущерба становится привлечение тех, кто был непосредственными исполнителями этих действий, к уголовной ответственности в качестве обвиняемых. В связи с тем, что они были объектом мошеннических действий третьих лиц, они также могут получить статус потерпевшего. В обоих качествах они проходят комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу (КСППЭ). Однако, если для взрослых лиц система оценки их психического состояния и способности к осознанному руководству действиями уже в достаточной степени разработана [Сафуанов Ф.С., Широкова В.В., 2025], рассмотрение проблематики несовершеннолетних в этом контексте только начинается. В связи с этим целью данной работы было описание характерных особенностей психического состояния и развития несовершеннолетних, совершивших диверсии под воздействием коммуникаций в интернет-среде.

Материалы и методы. В качестве материала выступили 12 КСППЭ несовершеннолетних, совершивших диверсионные или террористические действия под воздействием информации или коммуникаций в интернете. 11 из них были привлечены к уголовной ответственности в качестве обвиняемых, один, не достигший возраста уголовной ответственности, имел юридический статус потерпевшего. Проведен качественный дескриптивный анализ характеристик психического состояния и развития подростков, а также психологических механизмов совершенных ими действий.

Результаты. Экспертная комиссия обнаружила психические расстройства у 7 из 12 обследованных подростков. У 3 человек были диагностированы расстройства шизофренического спектра, у 2 – органическое непсихотическое расстройство, во всех 5 случаях выявленные расстройства лишали несовершеннолетних способности к осознанному руководству действиями. 2 подростка обнаруживали формирующиеся личностные расстройства, не лишавшие их этой способности. В остальных 5 случаях психические расстройства выявлены не были.

Механизмы совершения противоправных действий под влиянием интернет-коммуникаций у несовершеннолетних, страдавших и не страдавших психическими заболеваниями, были различными. Так, подростки с расстройствами шизофренического спектра, в основном, сами искали информацию о запрещенных на территории РФ организациях, проявляли враждебность, агрессивные тенденции, легко включались

в обсуждение деструктивных идеологий, транслировали их в каналах социальных сетей. Такие несовершеннолетние, как правило, легко соглашались на акты диверсий, сами выходили на организаторов, материальный аспект их не интересовал. Аналогичным образом вел себя и один из подростков, имевших органическую патологию. В других случаях несовершеннолетние с органическим непсихотическим расстройством не проявляли самостоятельного интереса к деструктивному контенту, но легко согласились на предложение внешних коммуникантов, рассматривали процесс совершения действий как «квест».

Несовершеннолетние, у которых наблюдались формирующиеся личностные расстройства, и часть психически здоровых подростков демонстрировали разнообразие механизмов противоправной активности. У них наблюдались нерезко выраженные черты личностной незрелости, трудности коммуникации со сверстниками, неуверенность в себе, неустойчивость самооценки при достаточных волевых ресурсах. Такие подростки не проявляли вначале собственной активности, но под влиянием «кураторов» начинали интересоваться идеологией, которую им транслировали, включались в обсуждения в группах в социальных сетях, однако их представления были поверхностными. Материальная выгода для таких подростков была одним из факторов их включения в деструктивную деятельность, однако еще одним важным фактором для них выступало ощущение своей значимости при слабо реализованных потребностях в общении. При этом они понимали, что совершают противоправные действия, и могли руководить ими.

Особую категорию составили два несовершеннолетних, которые, подобно пожилым взрослым, были обмануты коммуникаторами, инсценировавшими «катастрофическую» ситуацию обвинения их самих и их родителей в «измене Родине», а затем якобы от лица государственных органов России, МВД, ФСБ, руководившими их действиями. Подростки воспринимали эти действия как «искупление» своего проступка и помощь органам на благо России. В обоих случаях несовершеннолетние характеризовались личностной незрелостью, эмоциональной неустойчивостью, тревожностью, впечатлительностью, доверчивостью, подчиняемостью и гиперсоциальными установками, в совокупности определявшими виктимность подростков в условиях обмана и внешнего давления. Как и в случаях со взрослыми, имеющими в подобных ситуациях двойной статус обвиняемых и потерпевших, в экспертном заключении констатируется, что несовершеннолетний не мог понимать характер и значение действий злоумышленников и оказывать ему сопротивление вследствие ошибочного смыслового восприятия и оценки ситуации.

Заключение. Диверсионные действия в условиях военной ситуации относятся к категории особо тяжких преступлений. Тем более важно в случаях их совершения несовершеннолетними относиться внимательно и дифференцированно к оценке психического состояния и развития подростков, учитывать ситуационные обстоятельства совершения деструктивной агрессии и роль внешних воздействий через интернет. Необходимо адекватно оценивать общественную опасность как совершенных действий, так и самого подростка. В значительном числе случаев особую роль играет его личностная незрелость, а также состояние заблуждения, сформированное взрослыми злоумышленниками посредством цифровых технологий. Следует продолжать исследование случаев совершения подростками диверсионных и террористических действий и разрабатывать адекватные меры профилактики и реагирования на них.

Литература

1. Сафуанов Ф.С., Широкова В.В. (2025). Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза жертв телефонного мошенничества: экспертные оценки. Психология и право, 15(2), 3–18. https://doi.org/10.17759/psylaw.2025150201

Использование методов социально-психологического тренинга при профилактике синдрома эмоционального выгорания у специалистов помогающих профессий

Дорофеева Е.А.
ГБУ «Центр социального развития Нижегородской области», Нижний Новгород, Россия
evgeniya.a.dorofeeva@gmail.com

Ключевые слова: коррекция, профессиональная деформация личности, профилактика, синдром эмоционального выгорания, социально-психологический тренинг

Application of methods of socio – psychological training in prevention and correction of the syndrome of emotional burnout for specialists in helping professions

Dorofeeva E.A.
Nizhny Novgorod Region Social Development Center State Budgetary Institution, Nizhni Novgorod, Russia
evgeniya.a.dorofeeva@gmail.com

Keywords: correction, professional deformation, prevention, syndrome of emotional burnout, socio-psychological training

На современном этапе развития общества одним из распространенных требований к персоналу является требование к эффективности и компетентности в работе. Вместе с тем, мотивация персонала к достижению максимальной эффективности часто осложняется особенностями деятельности, которая может характеризоваться невозможностью обеспечения работником достаточного личного контроля над ней.

Необходимость соответствия предъявляемым требованиям, которые в некоторых случаях могут являться завышенными, часто влечет за собой дисгармоничное развитие личности: при интенсивном развитии качеств, способствующих успешному осуществлению деятельности, одновременно могут подавляться структуры, не участвующие в этом процессе.

Как и всякий процесс развития, профессиональное становление несет человеку не только совершенствование и психические приобретения,

но и деструктивные изменения личности. Если эти изменения расцениваются как негативные, то есть нарушающие целостность личности, приводящие к ее дисгармоничному развитию, их можно считать профессиональными деформациями [1].

Исследователи отмечают, что профессиональные деформации развиваются под влиянием условий и характера профессиональной деятельности, которые оказывают негативное воздействие на развитие личности, продуктивность деятельности, затрудняют достижение вершин профессионализма [2].

Одновременно может происходить чрезмерное заострение специфических черт личности, носящее, по нашему мнению, компенсаторный характер и являющееся более вероятным для работников, в деятельности которых отсутствует творческий элемент.

В качестве основной причины «эмоционального выгорания» часто называют психологическое, душевное переутомление от профессионально вынужденного общения. Принимая во внимание важность эмоционального состояния сотрудников, которое может сказываться на эффективности реализации возложенных на них функций, приходим к выводу о необходимости разработки комплекса психологических мероприятий, направленных на своевременную профилактику и коррекцию СЭВ.

По нашему мнению, синдром эмоционального выгорания персонала может быть предупрежден при помощи комплекса занятий, направленных на улучшение эмоционального состояния при условии соблюдения процесса конструктивного изменения поведения, предложенного Л.М. Митиной [3].

Разработанная нами программа профилактики синдрома эмоционального выгорания предполагает последовательное прохождение клиентом следующих стадий:

– стадия мотивационных изменений;
– стадия когнитивных изменений;
– стадия аффективных изменений;
– стадия поведенческих изменений.

Разработанная нами программа профилактики и коррекции СЭВ состоит из шести интегрированных тренинговых занятий и рассчитана на шесть недель (одно занятие в неделю, каждое продолжительностью 1,5 часа). Рекомендации по выбору программы могут быть предоставлены с учетом результатов психодиагностики о формировании той или иной фазы СЭВ.

На наш взгляд, эффективное прохождение участниками тренинга каждой из перечисленных стадий во многом зависит от порядка применения методик:

- на стадии мотивационных изменений – комплекса занятий, состоящего из деловых игр в совокупности с психогимнастическими играми релаксационной направленности [4];
- на стадии когнитивных изменений – упражнений, направленных на самораскрытие;
- на стадии аффективных изменений – некоторых методов психодрамы и телесной терапии;
- на завершающей стадии поведенческих изменений – творческих заданий, рассчитанных на совместную деятельность участников.

Полагаем, что обеспечение последовательного прохождения участниками программы всех стадий изменения поведения позволит достичь стабильного улучшения эмоционального фона работников по ряду критериев: уровню реактивной и личностной тревожности, уровню агрессии [5].

Одновременно считаем возможным применение методов социально-психологического тренинга для целей профилактики синдрома эмоционального выгорания у студентов тех направлений подготовки, овладение которыми так или иначе связано с оказанием помощи другим людям (например, у студентов медицинских и юридических вузов, будущих психологов и социальных работников). На наш взгляд, своевременная профилактика СЭВ позволит облегчить процесс адаптации молодого специалиста, а в дальнейшем может способствовать самостоятельному поддержанию психического здоровья работника.

Литература

1. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения: уч. пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. 512 с.
2. Дикова В.В., Зеер Э.Ф. Педагогическая агрессия как профессионально обусловленная деформация учителя // Образование и наука. 2005. № 4 (34). С. 78–89.
3. Митина Л.М. Учитель как личность и профессионал (психологические проблемы). М.: «Дело», 1994. 216 с.
4. Социально-психологический тренинг: практикум / сост. Мухина Т.Г., Щербакова Е.Е.: Учебное пособие. Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2017. 158 с.
5. Сорокоумова С.Н., Суворова О.В., Мухина Т.Г., Гладышев С.А. Влияние родительского стиля общения на тревожность подростков в зависимости от структуры семьи // Семья и личность: проблемы взаимодействия. 2016. № 6. С. 124–132.

Особенности когнитивной сферы у подростков с неврологическими нарушениями

Дроздова Д.С., Сычева Т.Ю.
Новосибирский государственный медицинский университет
г. Новосибирск, Россия
Dashadrozdova2004@mail.ru

Ключевые слова: подростки, неврологические нарушения, когнитивные функции

Cognitive functions in adolescents with neurological disorders

Drozdova D.S., Sycheva T.Yu.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
Dashadrozdova2004@mail.ru

Keywords: adolescents, neurological disorders, and cognitive functions

Введение. Неврологические нарушения у подростков, такие как головные боли напряжения (ГБН), синдром вегетативной дисфункции (СВД), вегетососудистая дистония (ВСД) и эпиактивность, представляют значимую проблему для современной медицины и психологии. По данным ВОЗ, до 40% подростков в возрасте 12–18 лет сталкиваются с функциональными неврологическими расстройствами, которые негативно влияют на их когнитивное развитие, академическую успеваемость и социальную адаптацию. В условиях роста учебных нагрузок и цифровизации образования изучение когнитивных особенностей этой группы пациентов приобретает особую значимость.

Современные исследования (2024–2025 гг.) подтверждают, что при ВСД и СВД у подростков наблюдается гипоперфузия мозга, вызванная дисбалансом вегетативной регуляции. Это приводит к дефициту рабочей памяти и снижению концентрации внимания, что затрудняет усвоение школьной программы. Эпиактивность, даже в субклинической форме, нарушает синхронизацию нейронных сетей гиппокампа и префронтальной коры, ухудшая способность к абстрактному мышлению и логическим операциям.

Исследования (Kim et al., 2024), выявили связь между хроническим стрессом при ГБН и повышенным уровнем кортизола, который

угнетает нейрогенез в гиппокампе, что объясняет трудности с долговременным запоминанием. Когнитивные нарушения при неврологических расстройствах часто остаются не диагностированными, что приводит к школьной дезадаптации. Например, у 60% подростков с эпиактивностью выявляются сочетанные дефициты внимания и памяти, которые педагоги ошибочно интерпретируют как лень или низкую мотивацию. Это подчеркивает необходимость внедрения нейропсихологических методов диагностики в образовательные учреждения.

Изучение когнитивной сферы подростков с неврологическими нарушениями актуально не только для разработки персонализированных методов реабилитации, но и для создания инклюзивной образовательной среды. Современные нейротехнологии и междисциплинарный подход (неврология, психология, педагогика) позволяют минимизировать последствия когнитивных дефицитов и улучшить качество жизни пациентов.

Цель исследования: выявить особенности когнитивной сферы у подростков с неврологическими нарушениями

Материал и методы. Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи» в Психоневрологическом отделении для детей с поражением ЦНС (центральной нервной системы) среди подростков 12–14 лет, которые имеют неврологические нарушения, в течение февраля – марта 2025 года. Контрольную группу составили 15 подростков 12–14 лет с неврологическими нарушениями. Группа сравнения набиралась среди учеников МБОУ СОШ № 196 города Новосибирск. Группу сравнения составили 15 подростков 12–14 лет без неврологических нарушений.

В исследовании использовались такие методики, как Таблицы Шульте, Методика Пьерона-Рузера, «10 слов» по Лурия, Методика «Пары слов», Методика «Простые аналогии», Шкала произвольной регуляции у подростков (СПРУП) – опросник.

Результаты. Исследование выявило значимое снижение концентрации и устойчивости внимания у подростков с неврологическими нарушениями. Средний показатель концентрации внимания составил 48,13±8,98 (против 61,07±11,82 в контрольной группе, $p< 0,05$). Наблюдается увеличение времени выполнения таблиц до 43 секунд (против 39 секунд у здоровых), что свидетельствует о затруднениях в зрительном поиске и повышенной утомляемости.

У подростков с нарушениями выявлено снижение объема слухоречевой памяти: они воспроизводили 2,93±0,59 слов из 10 после задержки (против 3,40±0,51 в контрольной группе, $p< 0,01$). Дефицит ассоциативной памяти (методика «Пары слов») проявлялся в затруднениях при

запоминании логически несвязанных пар, что обусловлено гиппокампальной дисфункцией.

Подростки с нарушениями демонстрируют ригидность мышления и замедленный когнитивный темп. Средний балл правильно выполненных простых аналогий составил 41,07±27,71 (против 93,27±5,62 у здоровых, $p< 0,001$). У 66,67% выявлена склонность к импульсивным ответам и «катастрофическому мышлению» (гиперболизация проблем), что связано с дисфункцией лобно-височных сетей и дефицитом префронтального контроля.

Статистически значимых различий в произвольной регуляции между группами не выявлено ($p> 0,05$). Однако у подростков с нарушениями отмечена склонность к истощаемости: 73,33% требовали дополнительной мотивации для выполнения заданий. Эффективность деятельности повышалась на 20–30% при структурированной поддержке, что указывает на необходимость внешней организации учебного процесса.

Выводы. Ключевые особенности когнитивной сферы у подростков с неврологическими нарушениями (головные боли напряжения, вегетососудистая дистония, синдром вегетативной дисфункции, эпиактивность) по сравнению с показателями здоровых сверстников – более низкие результаты в области памяти, внимания, мышления и произвольной регуляции. Неврологические нарушения снижают эффективность когнитивных процессов на 20–40% по сравнению с нормой.

Семейная среда как способ профилактики нарушений эмоционального интеллекта у детей с тяжелыми нарушениями речи

Ермакова Е.Н., Черенева Е.А.
КГПУ им. В.П. Астафьева, г. Красноярск, Россия
ermakova.lena02@mail.ru, elen_korn@bk.ru

Ключевые слова: детский возраст, эмоциональный интеллект, нарушение речи, семейная среда

Family environment as a way to prevent emotional intelligence disorders in children with severe speech disorders

Ermakova E.N., Chereneva E.A.
Astafiev Krasnoyarsk State Pedagogical University, Krasnoyarsk, Russia
ermakova.lena02@mail.ru, elen_korn@bk.ru

Keywords: childhood, emotional intelligence, speech disorder, family environment

Формирование эмоциональной сферы ребенка начинается с ранних лет. Эмоциональное развитие ребенка представляет собой последовательный процесс возникновения эмоциональных новообразований, обусловленных конкретным возрастным этапом и социальным окружением [1]:

1. Уже в младенческом возрасте дети способны выражать свое состояние через различные невербальные сигналы (плач, крик, смех, и пр.). Эмоции ребенка связаны с его потребностями, которые пока может удовлетворить только взрослый. Удовлетворение потребностей дает чувство безопасности. Сам младенец еще не понимает эмоции других людей, но чувствителен к эмоциональному тону голоса и выражению лица близкого взрослого, с которым у него формируется эмоциональная связь.
2. В раннем возрасте спектр эмоций детей расширяется. Дети выражают свои эмоции как невербальным, так и вербальным способом (с помощью первых слов). Эмоциональные вспышки в данном возрасте обусловлены несформированной саморегуляцией, ограниченной простыми стратегиями поведения (обратиться за утешением

к взрослому, обнять игрушку, спрятаться, и пр.). В раннем возрасте ребенок способен различать простые эмоции по внешним признакам (мимика, интонация, и пр.).

3. В дошкольном возрасте дети вступают в социальное взаимодействие и постепенно осваивают нормы и правила поведения в обществе. Расширение круга общения позволяет ребенку накапливать новые знания и опыт, в том числе и эмоциональный. Эмоции ребенка становятся более осознанными: дошкольник способен определить свои чувства в различных ситуациях, понять эмоции другого человека и сопереживать ему. Дошкольники научаются выражать свое эмоциональное состояние вербально и невербально, а также регулировать его, используя более сложные стратегии (отвлечение внимания, успокоение словами, и пр.). При этом способность к саморегуляции детей продолжает развиваться, поэтому роль взрослого, который выступает как источник знаний и внешний регулятор поведения ребенка, в дошкольном возрасте остается важна.

Особое значение в развитии эмоционального мира ребенка играет его социальное окружение, в частности семья. Родители представляют собой образец эмоционального поведения, который ребенок присваивает и воспроизводит через подражание [1].

У детей с тяжелыми нарушениями речи (далее – ТНР) могут наблюдаться нарушения коммуникативных и социальных навыков, обусловленные как речевым нарушением (нарушение произношения, сложности в формировании лексической и связной стороны речи, и пр.), так и внутренними переживаниями ребенка своего дефекта. Такие условия развития могут приводить к особенностям формирования эмоциональной сферы, в том числе и эмоционального интеллекта.

Эмоциональный интеллект – феномен, зародившийся на стыке эмоциональной и интеллектуальной сфер, представляющий собой способность гармонизации эмоционального состояния посредством анализа имеющегося эмоционального опыта и полученных знаний.

Исследования отечественных ученых указывают на следующие трудности, которые могут влиять на развитие эмоционального интеллекта детей с ТНР:

– Трудности в выражении и понимании эмоций, которые обуславливаются нарушениями использования как вербальных (формирование эмотивной лексики, правильное построение предложения, и пр.), так и невербальных средств коммуникации (жесты, мимика);
– Трудности в социальном взаимодействии, приводящие к снижению потребности в общении, избеганию социальных ситуаций и ограничению социальных контактов;

– Трудности саморегуляции и самовосприятия (более медленное формирование саморегуляции и сниженная самооценка).

В целях профилактики нарушений эмоционального интеллекта детей с речевыми нарушениями особое внимание следует уделять работе с семьей, которая выступает в качестве благоприятной среды для свободного выражения эмоций, что проявляется в принятии ребенком своего эмоционального состояния и в использовании адаптивных способов их выражения и регуляции.

Обозначим некоторые приемы для формирования эмоционального интеллекта детей с ТНР, которые могут реализовываться в семейной среде, в соответствии со следующими выделенными компонентами: распознавание эмоций, выражение эмоций, понимание эмоций, саморегуляция.

1. «Распознавание» и «выражение эмоций» предполагают представление детей о многообразии эмоциональных состояний и понимания особенностей их проявления (вербальных, невербальных).
   – Распознавание эмоций по вербальным сигналам и их выражение (расширение эмотивного словаря): проговаривание своих эмоций и объяснение их значения; просмотр мультфильмов и чтение сказок с последующим обсуждением эмоциональных проявлений героев; игры, направленные на выражение и различение эмоций по тону голоса, словесным выражениям.
   – Распознавание эмоций по невербальным сигналам и их выражение (расширение представлений о способах выражения эмоций через мимику и пантомимику): рассматривание изображений, фотографий людей, проявляющих различные эмоции; просмотр мультфильмов с последующим обсуждением экспрессивных проявлений; игры, направленные на выражение и различение эмоций по лицу, позе; творческая деятельность (изображение эмоций); дидактические игры (лото, разрезные картинки и т.д.).
2. «Понимание эмоций» подразумевает под собой способность ребенка осознавать свое и чужое эмоциональное состояние.
   – Понимание эмоционального состояния другого: рассматривание сюжетных картин с определением эмоциональной ситуации; просмотр мультфильмов и чтение сказок с последующим обсуждением причин возникновения различных эмоций; обсуждение реальных ситуаций; игры-драматизации; наглядная демонстрация правильного социального поведения.
   – Самопознание: задавание вопросов, направленных на развитие самоанализа (что ребенку нравится и не нравится, какие эмоции ему приносит то или иное действие, что он делает для достижения конкретной эмоции или отвлечения от неприятных чувств,

и пр.); творческая деятельность (изображение себя, своих чувств, интересов, и пр.).

3. «Саморегуляция» – умение самостоятельно регулировать свое эмоциональное состояние: использование техник саморегуляции (дыхание, проговаривание, отвлечение, и пр.); наглядная демонстрация правильного социального поведения.

Таким образом, формирование эмоционального интеллекта – это поэтапный процесс эмоциональных образований, обусловленный возрастными и индивидуальными особенностями развития. Его естественное формирование в семейной среде благоприятно влияет на эмоциональное и социальное развитие детей с ТНР.

Литература

1. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: «Академия», 2004. 288 с.

Хроническая травма и ее влияние на личность: феноменология комплексного посттравматического стрессового расстройства

Ермолаева А.В.
Федеральный координационный центр по обеспечению развития психолого-педагогической помощи в системе образования Российской Федерации ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
ermolaevaav@mgppu.ru

Ключевые слова: комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, стресс, хроническая травма

Chronic trauma and its impact on personality: phenomenology and diagnosis of complex post-traumatic stress disorder

Ermolaeva A.V.
Federal Coordination Center for the Development of Psychological and Pedagogical Assistance in the Education System of the Russian Federation, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
ermolaevaav@mgppu.ru

Keywords: complex post-traumatic stress disorder, stress, chronic trauma

Впервые комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (C-PTSD, КПТСР) было описано в 1992 в работах психиатра Джудит Хермэн [3] как возникающее вследствие травм, пережитых в детском возрасте, таких как насилие, пренебрежение. При этом автор подчеркивала, что травматические симптомы сохраняются даже через много лет после того, как человек перестает подвергаться травматизации. Подчеркивалось, что переживание травмы в детском возрасте не только влечет за собой более сложные, хронические и тяжелые симптомы в дальнейшем, но и намного хуже поддается влиянию терапии.

КПТСР характеризуется комплексом симптомов, выходящих за рамки классической триады ПТСР (повторное переживание травмы, избегание, гипервозбуждение). Концепция КПТСР, предложенная Джудит Хермэн включала в себя следующие критерии: нарушения

саморегуляции; изменения сознания, в том числе, диссоциация; изменения самоощущения и самооценки; изменения восприятия агрессора; трудности в построении отношений; изменения мышления.

Джудит Хермэн [4] отмечала, что у пациентов с КПТСР наблюдается глубокое чувство стыда, вины и убежденность в собственной неполноценности, что коренным образом отличает их переживания от реакций при остром ПТСР.

Важным аспектом феноменологии КПТСР является диссоциация, которая служит защитным механизмом в условиях длительной травмы. Как подчеркивает Ван дер Колк [5], хроническая травма приводит к фрагментации идентичности, что проявляется в ощущении «потери себя» или «отсутствия чувства себя». Это отличает КПТСР от реакций на единичную травму, где пациенты чаще описывают состояние «не быть собой», сохраняя при этом базовое чувство самости.

Диагностические критерии КПТСР (по МКБ-11) включают также повторное переживание травмы из-за воспоминаний, ночных кошмаров, избегание мыслей, воспоминаний, ситуаций и людей, которые являются напоминание о травматическом событии и ассоциируются с ним, сверхбдительность и слишком сильная реакция на раздражители. Кроме этого, в определение КПТСР включены три дополнительные диагностические категории [2]:

1. серьезные и продолжительные трудности в регуляции аффекта;
2. негативная самооценка, переживание стыда и вины;
3. трудности в построении и поддержании межличностных взаимоотношений.

Эти критерии относятся к кластеру «нарушения самоорганизации». Cloitre et al. [1] отметили, что трудности в регуляции аффекта могут проявляться в виде саморазрушающего поведения, неспособности испытывать положительные эмоции (ангедонии), диссоциации, проблемами с переживанием и выражением эмоций, повышенной эмоциональной реактивностью. Негативная самооценка при комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве проявляется как убеждения в собственной бесполезности, никчемности, ощущении себя неудачником, а также глубоким и непреходящим чувством стыда и вины. Трудности в межличностных отношениях проявляются в неспособности поддерживать отношения, проблемах с переживанием чувства близости с другими людьми, избегании общения и отсутствии интереса к нему. Индивид также может иметь близкие межличностные отношения, но испытывать значительные трудности, эмоциональные переживания внутри них. В отличие от симптомов посттравматического стрессового расстройства, связанных с травмой, группа «нарушения самоорганизации» имеет

более широкое распространение и возникает независимо от травматических воспоминаний.

Существует интересное наблюдение по поводу различия в самоописании индивида, пережившего единичный травматический опыт и переживающего хроническую, продолжительную травму. В первом случае человек описывает свое состояние как «не быть собой», во втором как «отсутствие чувства себя». Подобное отмечалось, к примеру, у людей, выживших в концентрационных лагерях. Большинство пострадавших отмечали, что они стали другими людьми, в них произошли какие-то глубокие личностные изменения, но сохранилось чувство самости. Наиболее сильно травмированные сообщали, что «они больше не чувствуют себя людьми».

Таким образом, все симптомы комплексного посттравматического стрессового расстройства вызывают значительные нарушения в жизненно важных областях функционирования, в том числе, но не ограничиваясь личными, социальными, семейными или профессиональными сферами.

КПТСР связано, как и посттравматическое стрессовое расстройство, со стигматизацией [5]. Существует негативный нарратив о том, что жертвам не хватает стойкости характера, раз они терпят жестокое обращение, люди, транслирующие его, уверены, что они выдержали бы травму, в отличие от жертвы. Также осуждение травмированных людей связано с тем, что травма не проявляется явно. Большинство переживших не говорят о своем травматическом опыте по множеству причин, включая страх, наказание со стороны агрессора, стыда признать, что они подверглись насилию. Также исследователи отмечают [1] нарушения привязанности, которые испытывают люди, подвергавшиеся хронической травме. Все это приводит не только к осуждению со стороны общества, но также к проблемам при обращении за медицинской и психологической помощью, заключающимся в неправильной диагностике, выбору неэффективной стратегии лечения или вредоносным лечебным вмешательствам.

Таким образом, КПТСР представляет собой сложное расстройство, требующее комплексного подхода к диагностике и терапии. Учет специфики хронической травмы и ее влияния на личность позволяет разрабатывать более эффективные методы помощи, направленные не только на купирование симптомов, но и на восстановление целостности личности. Дальнейшие исследования в этой области необходимы для уточнения диагностических критериев и оптимизации терапевтических вмешательств.

Литература

1. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C., Bisson J., Roberts N., Maercker A., Karatzias T., Hyland P. (2018). «The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex

PTSD» (PDF). Acta Psychiatrica Scandinavica. 138 (6): 536–546. doi:10.1111/acps.12956. PMID 30178492. S2CID 52150781.
2. Counseling Psychology and Psychotherapy. 2021. Vol. 29, no. 3
3. Herman J.L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. Basic Books
4. Herman J.L. (1992). «Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma» (PDF). Journal of Traumatic Stress. 5 (3): 377–391. doi:10.1007/BF00977235. S2CID 189943097.
5. Van der Kolk B. (2005). «Developmental trauma disorder» (PDF). Psychiatric Annals. pp. 401–408. Retrieved 14 November 2013.

Ресурсная Активация Ощущений (РАО) и Групповая Социально -Сенсорная Интеграция (ГССИ) как методы коррекции неконструктивного социального взаимодействия и поведения детей в системе «родитель–ребенок-социум»

Ефремова Н.Н.
Клинический психолог, психотерапевт (частная практика)
г. Москва, Россия
nn66@list.ru

Ключевые слова: сензитивный период, до-когнитивные, ощущения

Sensory Resource Activation (RAO) and Group Socio-sensory Integration (GSSI) as methods of correction of non–constructive social interaction and behavior of children in the “parent-child-society” system

Efremova N.N.
Clinical psychologist, psychotherapist (private practice)
Moscow, Russia
nn66@list.ru

Keywords: sensitive period, pre-cognitive, sensations

Введение. Современная практика психологической помощи сталкивается с вызовом: рост запроса на коррекцию поведения и социального взаимодействия у детей при ограниченной эффективности традиционных, вербально-когнитивных методов. В рамках системообразующего принципа нейропсихологического подхода, основоположником которого является А.Р Лурия [1] и классической теорий эмоций, до сих пор не потерявшей свою актуальность (У. Джеймс) [2] становится важным вопрос о восстановлении сензитивных периодов развития внутренних ощущений, которые были пропущены ребенком в раннем детстве в процессе взаимодействия с окружением. Мы предполагаем, что ключом к решению является работа с базовым уровнем телесного опыта и воссоздание условий для стихийного, непредсказуемого социального

взаимодействия, *что* позволяет заново запустить процессы развития без когнитивного опосредования. В данном исследовании представлены два инновационных метода, нацеленных на решение этой задачи: Ресурсная активация ощущений (РАО) для родителей и Групповая социально-сенсорная интеграция (ГССИ) для детей.

Материал и методы. Метод РАО фокусируется на работе с до-когнитивным, «внутренним» уровнем телесного опыта (по аналогии с «felt sense» Ю. Гендлина [3], но осознанность используется только на последнем этапе – чтобы осознать, результат и дать обратную связь). В ходе занятий родители обучаются распознавать и активировать ресурсные телесные состояния через специально разработанные техники, что ведет к повышению ресурсоустойчивости их нервной системы и, как следствие, к улучшению социального взаимодействия их детей. Метод ГССИ в отличие от классической сенсорной интеграции Дж. Айрес [4] и сенсомоторной коррекции (МЗО А.В. Семенович[5]), интегрирует их и, смещая акцент на адаптацию ребенка к среде, тем самым не просто увеличивает количество возможностей для совместного действия в группе, но возвращает ему саму возможность развития через «безопасный» хаос и преодоление, что активно стимулирует просоциальное поведение и интерсубъективность детей и хорошо показывает себя в инклюзии.

В исследовании методов коррекции неконструктивного социального взаимодействия и поведения детей, приняли участие 172 диады «родитель–ребенок», разделенных на 3 группы и 28 педагогов, участвующих в оценке детей для обеспечения триангуляции данных:

1. Экспериментальная (ГССИ). Работа проводилась только с детьми (n=54), 24 занятия в течение 6 месяцев. Интервенция представляла собой курс ГССИ, нацеленный на преобразование социального взаимодействия через создание условий «двора» – новых возможностей для совместного действия и развития интерсубъективности, в специально обустроенных условиях.
2. Экспериментальная (РАО). Работа велась только с родителями (n=70) индивидуально, 8 занятий (2 месяца). С ними проводился курс по методу РАО, направленный на восстановление связи с их собственными внутренними телесными ощущениями, что способствовало формированию ресурсного состояния, положительно коррелирующий с улучшением показателей социального взаимодействия и поведения их детей.
3. Контрольная группа (n=48).

Со всеми участниками исследования проводилась комплексная диагностика в режиме «до/после»:

– для детей: оценка нейропсихологического статуса (батарея тестов А.Р. Лурия, А.В. Семенович) и сенсорной интеграции (по Ю.Е. Садовской),
– для родителей: опросник Многомерная оценка интероцептивного осознавания» (MAIA-R) и Шкальная оценка сформированности социальных форм поведения ребенка А.М. Щетининой,
– для педагогов: опросник SNAP-IV (Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale -две шкалы (Импульсивность и Расстройство социального поведения)) и Шкальная оценка сформированности социальных форм поведения ребенка А.М. Щетининой.

Группы не имели статистически значимых различий до начала исследования: критерий Шапиро Уилка ($p < 0.001$). Для анализа данных использовались: U-критерий Манна-Уитни, критерий Краскела-Уоллиса, расчет размера эффекта (ρ Спирмена).

Результаты. Оба метода продемонстрировали статистически значимую эффективность ($p < 0.001$) по сравнению с контрольной группой.

Анализ силы связи (ρ Спирмена) между групповой принадлежностью и динамикой показателей выявил:

1. Метод ГСИ (работа с детьми) показал статистически значимую эффективность по сравнению с контрольной группой (сила эффекта ρ от 0.44 до 0.76 по разным показателям).
2. Метод РАО (работа с родителями) продемонстрировал не только очень высокую эффективность в улучшении состояния самих родителей (ΔMAIA, $\rho = 0.83$), но и комплексное положительное воздействие на их детей: снижение проблемного поведения (ΔSNAP, $\rho = -0.45$) и улучшение нейропсихологических показателей (ΔНЕЙРО, $r = 0.80$) по сравнению с обеими группами (ГССИ и контрольной).
3. Сравнение двух методов выявило их сопоставимую эффективность: по основным параметрам (нейропсихологическая диагностика, сенсорная интеграция, социальное взаимодействие) сила связи была слабой или отсутствовала ($\rho < 0.25$, $p > 0.05$), что указывает на возможность достижения сходных целей через воздействие на разные звенья системы: на внутреннее состояние родителя (РАО) и внешнюю социальную среду ребенка (ГССИ).

Выводы. Методы РАО и ГССИ – эффективные инструменты интеграции современных знаний о телесности и экологическом подходе в практику психологической помощи.

1. Метод РАО через работу с телесным опытом родителя действует по механизму опосредованной регуляции на восстановление ресурсного состояния взрослого и создает условия для «перезапуска» сензитивных периодов у ребенка через стабилизацию диадического взаимодействия.

2. Метод ГССИ через принципы воссоздания “социального двора” *непосредственно* активирует механизмы интерсубъективности и совместного действия, воссоздавая новый опыт для развития.

Оба метода представляют собой практическую реализацию новой интеграционной парадигмы, выходящей за рамки «когнитивного императива», и открывают новые возможности для помощи не только семьям нормотипичных детей с проблемами неконструктивного социального взаимодействия и поведения, но и семьям, находящимся в группах с нарушениями психического здоровья.

Литература

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384
2. Психология / У. Джеймс; [пер. с англ. И. Лапшина, М. Гринвальд; вступит. ст. А. Лызлова]. М.: РИПОЛ классик, 2020. 616 с. (PSYCHE).
3. Джендлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями/Пер. с англ. А.С. Ригина. М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. 448 с. (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 82).
4. Айрес Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э.Дж. Айрес;(пер. с англ. Ю.Даре]. М.: Теревинф, 2009. 272 с.
5. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. М.: Генезис, 2007. 474 с.

Тренировка рабочей памяти как вспомогательный метод развития эмоциональной саморегуляции у детей с задержкой развития

Жемчугова И.И.
ООО «Многопрофильный медицинский центр УГМК-Здоровье»
Екатеринбург, Россия
ivzhemchugova@gmail.com

Ключевые слова: задержка развития, психокоррекция, тренажер Фитлайт, эмоциональная саморегуляция, процессуальная модель эмоциональной регуляции Дж. Гросса, рабочая память

Working memory training as an auxiliary method of developing emotional self-regulation in children with developmental delay

Zhemchugova I. I.
OOO «Mnogoprofilny Medicinskiy Center UGMK-Zdorovie»
Yekaterinburg, Russia
ivzhemchugova@gmail.com

Keywords: developmental delay, psychocorrection, FitLight Trainer, emotional self-regulation, process model of emotion regulation of J. Gross, working memory

Задержанное развитие известно как отставание основных психических процессов от возрастных нормативов. Помимо когнитивных нарушений и нарушений развития речи, у детей с задержкой развития достаточно часто наблюдаются сложности в формировании эмоциональной саморегуляции, которые сопровождаются высоким риском развития тревожности и депрессии, социальной изоляции, чрезмерной стеснительности и повышенной виктимности [1]. При отсутствии должного внимания со стороны специалистов подобные трудности могут усугубиться со временем и приобрести перманентный характер, сопровождая человека на протяжении всей жизни. В связи с этим важно создавать программы коррекции, которые позволят максимально эффективно осваивать навыки эмоциональной саморегуляции.

На данный момент существует множество психолого-педагогических и психотерапевтических программ, направленных на формирование

навыков понимания собственных эмоций и эмоций окружающих, а также навыков управления собственным эмоциональным состоянием. Принимая во внимание когнитивные особенности детей с задержкой развития, в том числе особенности памяти и внимания, можно предположить, что эффективность подобных программ возрастёт, если в дополнение к ним использовать когнитивные тренировки.

Последние двадцать лет внимание специалистов и исследователей все больше привлекают когнитивные технологии, стимулирующие развитие рабочей памяти, внимания, скорости реакции. Подобные технологии реализуются в разных формах. По большей части тренировки исполнительных функций осуществляются через мобильные приложения и компьютерные программы такие, как CogMed или NeuroNation. Однако существуют тренажеры, которые через развитие двигательной сферы стимулируют в том числе и когнитивные процессы. Одним из таких тренажеров является система Фитлайт.

Тренажер Фитлайт был создан для совершенствования скорости сенсомоторной реакции, координации и внимания у спортсменов. Тренажер представляет собой набор светодиодов с датчиками, считывающими прикосновение. Управление светодиодами происходит с помощью планшета, на котором можно установить количество предъявлений светового сигнала, его длительность, задержку между сигналами, а также цвет и тип мерцания. Главная задача тренирующегося: как можно быстрее деактивировать светодиод, за счет чего и происходит развитие сенсомоторной реакции. Однако, помимо этой простой задачи существует множество усложненных заданий, которые активно задействуют рабочую память и внимание. Например, для тренажера Фитлайт можно адаптировать задачу непрерывного выполнения N-назад, разработанную В.К. Кирхнером.

Согласно результатам зарубежных исследований, регулярные когнитивные тренировки с помощью задачи N-назад способствовали улучшению рабочей памяти, повышению концентрации внимания и развитию подвижного интеллекта. Однако данные тренировки осуществляются с помощью планшета или смартфона. Фитлайт же позволяет расширить их возможности. К примеру, ввести игровой формат работы, повышающий интерес и мотивацию ребенка, а также стимулировать физическую подвижность детей за счет размещения светодиодов по всему пространству комнаты или зала.

Согласно модели Дж. Гросса, эмоциональная саморегуляция представляет собой последовательную обработку ситуации, которая проходит пять стадий: выбор ситуации, модификация ситуации, распределение внимания, изменение когниции и модуляция ответа [2]. Таким образом, в процесс эмоциональной саморегуляции активно вовлекаются когнитивные

процессы и речь. Речь позволяет точно определить свой эмоциональный опыт, что является важным условием для эффективной эмоциональной регуляции. Исполнительные функции как высокоуровневые когнитивные процессы обеспечивают выбор стратегий саморегуляции. Одно из современных исследований показало, что более высокий уровень развития исполнительных функций, в особенности рабочей памяти, связан с гибкой эмоциональной саморегуляцией, что способствует лучшей адаптации [3].

У детей с ЗПР наблюдаются сложности, как в речевых, так и в когнитивных способностях. Например, у детей с задержкой развития речи наблюдается уменьшение объема рабочей памяти [4]. В связи с этим можно рассматривать развитие исполнительных функций, как одно из условий успешного освоения навыков эмоциональной саморегуляции и становления гармоничной системы регуляции эмоций.

В исследовании на здоровых спортсменах-подростках было показано, что регулярные тренировки позволяют улучшить показатели исполнительных функций, включая рабочую память [5]. К сожалению, на данный момент очень мало исследований эффективности тренажера Фитлайт в работе с детьми с особенностями развития. Однако, можно сделать предположение, что подобные тренировки могут положительно влиять на рабочую память в том числе и у детей с задержкой речевого развития, что в свою очередь способствует становлению гибкой эмоциональной саморегуляции. Проверка данного предположения является целью нашего дальнейшего эмпирического исследования. Практическим применением полученных результатов может стать разработка комплексной программы развития эмоциональной саморегуляции, которая является основой здоровой и гармоничной личности, согласно взглядам Б.В. Зейгарник.

Литература

1. Forrest C.., Gibson J.L., Halligan, S.L., & St Clair M.C. (2020). A Cross-Lagged Analysis of Emotion Regulation, Peer Problems, and Emotional Problems in Children With and Without Early Language Difficulties: Evidence From the Millennium Cohort Study. Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR, 63(4), 1227–1239. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19–00188
2. Gross J.J. (2014) (Ed.) Handbook of emotion regulation (2nd ed.). New York, Guilford.
3. Toh W.X., & Yang H. (2024). To switch or not to switch? Individual differences in executive function and emotion regulation flexibility. Emotion (Washington, D.C.), 24(1), 52–66. https://doi.org/10.1037/emo0001250
4. Niu T., Wang S., Ma J., Zeng X., Xue R. Executive functions in children with developmental language disorder: a systematic review and meta-analysis. Front Neurosci. 2024 Aug 12;18:1390987. doi: 10.3389/fnins.2024.1390987. PMID: 39188807; PMCID: PMC11345193.

5. Silvestri F., Campanella M., Bertollo M., Albuquerque M.R., Bonavolontà V., Perroni F., Baldari C., Guidetti L., Curzi D. Acute Effects of Fitlight Training on Cognitive-Motor Processes in Young Basketball Players. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 1;20(1):817. doi: 10.3390/ijerph20010817. PMID: 36613139; PMCID: PMC9820121.

Связь субъективного благополучия и характера копинг-стратегий

Жигэу Е.И.
Государственный педагогический университет имени «Иона Крянгэ», г. Кишинев, Молдова
e_jigau@mail.ru

Ключевые слова: проблемные, жизненные ситуации; копинг-стратегии; субъективное благополучие; когнитивные искажения

The relationship between subjective well-being and the nature of coping strategies

Jigau E.I.
Ion Creanga State Pedagogical University, Chisinau, Moldova
e_jigau@mail.ru

Keywords: problematic life situations; coping strategies; subjective well-being; cognitive distortion

Введение. Влияние негативных средовых факторов на современном этапе (информационная перегруженность, кризисы, деструктивные отношения, экономическая ситуация, динамика жизни и пр.) воспринимается человеком как проблемные, трудные жизненные ситуации. В силу этого актуален поиск условий и факторов, обеспечивающих личности возможность их преодоления и разрешения, особенно когда речь идет о молодых людях, у которых нет жизненного опыта в преодолении возникающих проблем и разрешении противоречий, сложных ситуаций, а собственная жизненная стратегия только формируется.

Результатом сложного взаимодействия внешних и внутренних факторов, преломляющихся через систему отношений личности, является социально-психологическая адаптированность. Субъективное благополучие личности, с одной стороны, является внутренним фактором, определяющим адаптационный процесс, а с другой – следствием, критерием социально- психологической адаптации. Копинг-поведение обеспечивает удовлетворение индивидуальных потребностей в адаптации к реальности, сокращает или устраняет психологический дистресс и стрессовые состояния.

Материал и методы. Целью данного исследования явилось изучение связи переживания субъективного благополучия и выбора копинг-стратегий выхода из сложных ситуаций в юношеском возрасте. В исследовании приняли участие 70 испытуемых в возрасте 18–19 лет.

Использовались следующие методики: шкала субъективного благополучия (ШСБ); копинг-тест Р. Лазаруса; методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма. Для статистической обработки полученных данных применялись коэффициент ранговой корреляции Спирмена и U-критерий Манна –Уитни.

Результаты. Анализ результатов позволил разделить всех респондентов на три группы по уровню переживания психологического благополучия:

1. группа с высоким уровнем субъективного благополучия составила 29% выборки;
2. группа со средним уровнем – 65% выборки;
3. группа с низким уровнем субъективного благополучия – 6% выборки.

В отличии от лиц с высоким уровнем благополучия, активных, успешно взаимодействующих с другими и адекватно управляющих своим поведением, испытуемым третьей группы характерны склонность к тревогам и депрессии, замкнутость, выраженный эмоциональный дискомфорт, трудности в контроле своих эмоций, плохая переносимость стрессовых ситуаций.

Дифференцированный анализ копинг-стратегий показал, что у испытуемых третьей группы преобладают две стратегии с высокой степенью напряженности (более 70%), что указывает на их выраженную дезадаптивность: 1) «принятие ответственности», проявляющаяся в не столько в признании субъектом своей роли в возникновении проблемы, а в неоправданной самокритике и самообвинении, переживании чувства вины и хронической неудовлетворенности собой; 2) «дистанцирование» как снижение субъективной значимости проблемы за счет приемов рационализации, переключения внимания, отстранения, обесценивания. У респондентов с высоким уровнем субъективного благополучия в выборе стратегий доминирует «планирование решения проблемы» (т.е. целенаправленный анализ ситуации и возможных вариантов поведения, выработка стратегии разрешения проблемы, планирование собственных действий); «поиск социальной поддержки» и «положительная переоценка». При этом менее всего выделялись стратегии «дистанцирования» и «бегства-избегания» (в виде отрицания проблемы, фантазирования, отвлечения).

Копинг-стратегии поведения по степени их адаптивных возможностей разделяются на продуктивные, относительно продуктивные

и непродуктивные (тест Э. Хейма). Продуктивные стратегии, помогающие быстро и успешно совладать со стрессом, преобладают у юношей с высоким субъективным благополучием (40% из всех выбранных форм поведения), непродуктивных копинг-стратегий у них 11%. В группе испытуемых с низким субъективным благополучием 75% выбранных стратегий непродуктивны, 25% – относительно продуктивны.

Реализация копинг-стратегий может происходить в трех ключевых плоскостях: когнитивной (осознанное изменение восприятия проблемных жизненных ситуаций, вызывающих стресс), эмоциональной (урегулирование эмоциональных реакций) и поведенческой (выявление наиболее конструктивных стратегий, обусловливающих успешное преодоление трудностей). Характерно, что среди когнитивных копинг-стратегий у респондентов, оценивающих себя как благополучных, преобладают проблемный анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из нее, придание смысла, переосмысление ситуации. Напротив, группа субъективно неблагополучных людей чаще испытывает растерянность и когнитивные искажения. Среди эмоциональных копинг-стратегий у первых преобладает оптимизм, как убежденность в наличии выхода из сложных ситуаций, у вторых же – подавление эмоций. Из поведенческих стратегий у субъективно благополучных преобладают отвлечение и сотрудничество, а в группе неблагополучных наблюдаются отступление, пассивность, изоляция и избегание размышлений о проблемах, отказ от их решения. Корреляционный анализ полученных данных выявил наличие обратной значимой связи между уровнем субъективного благополучия и выраженностью стратегии «бегство – избегание» ($r = –0,317$; $p \leq 0,01$), т.е. чем больше эмоциональный дискомфорт, тем больше избегания, уединения и тем меньше поиска социальной поддержки ($r = 0,349$; $p \leq 0,01$). Положительная оценка своего психологического благополучия напрямую связана с планированием решения проблем, целенаправленным анализом ситуации ($r = 0,243$; $p \leq 0,05$). С нарастанием ощущения неблагополучия снижается признание испытуемыми своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение ($r = –0,274$; $p \leq 0,05$).

Выводы. Копинг-стратегии играют ресурсную и компенсаторную роль в зависимости от состояния психологического здоровья индивида. У юношей и девушек с низким уровнем субъективного благополучия преобладают непродуктивные копинг-стратегии, которые не решают проблемы, а, напротив, могут усугублять стрессовые состояния. Продуктивные же стратегии разрешения проблем молодыми людьми с высоким субъективным благополучием включают в себя планирование решения проблемных ситуаций, целенаправленный проблемный анализ,

переосмысление, сотрудничество, убежденность в наличии выхода из сложившихся обстоятельств, принятие на себя ответственности. Умение сохранять внутренний комфорт и регулировать свои эмоциональные состояния может снизить вероятность выбора «простых», непродуктивных стратегий разрешения проблем, направленных на быстрое устранение психологического дистресса. Это, в свою очередь, способствует увеличению доли выбора конструктивных осознанных стратегий, позволяющих эффективно решить возникшие проблемы, активно преобразовать трудные жизненные обстоятельства.

Особенности эмоционально-личностной сферы подростков с неврологическими заболеваниями

Жмыхова А.С., Сычева Т.Ю.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Россия
pannsiess@mail.ru

Ключевые слова: неврологические заболевания, эмоциональный интеллект, копинг-стратегии, черты личности, подростки

Features of the emotional and personal sphere in adolescents with neurological diseases

Zhmyhova A.S., Sycheva T.Y.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
pannsiess@mail.ru

Keywords: neurological diseases, emotional intelligence, coping strategies, personality traits, adolescents

Введение. Подростковый период представляет собой критическую фазу в развитии личности, наличие неврологических заболеваний может значительно затруднять и без того сложный процесс становления личности, создавая препятствия для полноценного развития и социализации подростка. Наблюдается рост численности подростков неврологическими заболеваниями, в частности эпилепсией, головной болью напряжения, мигренью [4, 2]. Частым диагнозом у подростков является вегетососудистая дистония [3].

Актуальность изучения эмоционально-личностной сферы подростков с неврологическим профилем обусловлена высокой распространённостью заболеваний нервной системы и фактом того, что подростки с неврологическими расстройствами подвержены депрессивным и тревожным состояниям, алекситимии [1, 5]. Это оказывает значительное влияние на эмоциональное-личностное развитие подростков, создавая существенные барьеры на пути к их полноценной социализации и интеграции в общество.

Материалы и методы. Исследование проведено среди 14-летних подростков. Экспериментальная группа состояла из 20 пациентов (15 девочек, 5 мальчиков) психоневрологического отделения с диагнозами:

головная боль напряжения, мигрень, ВСД, эпилепсия (точное количество подростков с определённым диагнозом не указано из-за комбинации неврологических заболеваний). Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «ГДКБ СМП», г. Новосибирск. Группа сравнения состояла из 20 условно здоровых детей (12 девочек, 8 мальчиков).

Используемые методики: Индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик, Опросник способов совладающего поведения Р. Лазаруса (в адаптации Л.И. Вассермана и др.), Тест эмоционального интеллекта Д.В. Люсина.

Сравнение основной выборки и группы сравнения осуществлялось с использованием U-критерия Манна–Уитни.

Результаты. Результаты по детской версии индивидуально-типологического опросника Л.Н. Собчик свидетельствуют о наличии статистически значимых различий (p=0,046) между основной и группой сравнения по шкале «Сензитивность». Среднее значение по данной шкале у подростков с неврологическими заболеваниями (M=4,15; SD=1,09) переходит значения, которые характеризуют гармоничную личность, что может говорить об акцентированности этой черты. Сензитивные люди обладают чувствительностью к внешним воздействиям и склонностью к глубоким переживаниям. У подростков с выраженной сензитивностью часто отмечаются повышенная рефлексивность, высокая ранимость, обидчивость, а также склонность к развитию депрессивных реакций в ответ на неудачи или проявления грубости со стороны окружающих. Различия между группами здоровых подростков и подростков с неврологическим заболеваниями по другим шкалам методики не достигают должного уровня достоверности различий.

При использовании Опросника способов совладающего поведения Р. Лазаруса не стояло цели выявить статистически значимые различия, акцент шел на специфику копинг-поведения подростков с неврологическими заболеваниями. Анализ статической значимости различий не показал никакого результата, как и предполагалось. Однако следует отметить, что копинг-стратегии «Бегство-избегание» (M=51,7; SD=10,01), «Дистанцирование» (M=53,55; SD=10) используются подростками наиболее часто. Полученные данные позволяют наметить общие тенденции в выборе копинг-стратегий и могут стать основой для дальнейших, более масштабных и детализированных исследований, направленных на уточнение этих тенденций.

Полученные результаты статистического сравнения по методике эмоционального интеллекта Д.В. Люсина среди подростков с неврологическими заболеваниями и их здоровых сверстников показали отсутствие значимых различий между группами. Все показатели в среднем

примерно на уровне нижней границы средних значений или незначительно ниже или выше неё (межличностный ЭИ: M=4,85, SD=2,15; внутриличностный ЭИ: M=4,25, SD=2,38; понимание эмоций: M=3,9, SD=2,34; управление эмоциями: M=5, SD=2,28). Эти данные противоречат ряду предыдущих исследований, что подчёркивает необходимость дальнейших исследований с акцентом на дифференцированный подход – разделение участников по нозологическим группам и проведение сравнительного анализа между ними.

Выводы. Подростки с неврологическими заболеваниями чаще демонстрируют акцентуированную сензитивность (p=0,046), что проявляется в повышенной ранимости и склонности к глубоким переживаниям. Наиболее ярко выраженными стратегиями совладания со стрессом в группе подростков с неврологическими заболеваниями являются «Дистанцирование» и «Бегство-избегание». Исследование не выявило статистически значимых различий в копинг-стратегиях между подростками двух групп.

Различий в уровне эмоционального интеллекта между подростками с неврологическими заболеваниями и без них не выявлено, показатели по шкалам находились примерно по нижней границе средних значений.

Заключение. Данная тема требует особого внимания из-за высокой распространённости заболеваний. Её изучение помогает точнее понимать психологические особенности и повышать эффективность помощи. В дальнейшем важно расширить выборку и включить подростков с разными нозологиями для более точного анализа их эмоционально-личностных особенностей. Перспективным направлением является разработка и проверка коррекционных программ, особенно для подростков с сензитивными чертами.

Литература

1. Дамулин И.В., Романов Д.В., Нийноя И.В. Особенности психических нарушений при неврологических заболеваниях //Российский медицинский журнал. 2019. Т. 25. № . 5–6. С. 335–342.
2. Евсютина Ю.В. Головная боль в фокусе диагностики, лечения и профилактики. По материалам XXVI Российского национального конгресса» Человек и лекарство» //Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № . 39. С. 30–34.
3. Кабашникова Ю.В. Симптомы вегетососудистой дистонии у подростков 12–17 лет с соматической патологией. 2023. С. 74–81.
4. Общая заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2023 году: статистические материалы/ И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов, Г.А. Александрова, Н.А. Голубев, Ю.И. Оськов, А.В. Поликарпов, Е.А. Шелепова и др.-М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2024. 156 с.

5. Султанова А.Н. и др. Психологическая коррекция эмоционального состояния подростков с неврологическими заболеваниями // Международный научно-исследовательский журнал. 2021. № . 5–2 (107). С. 140–144.

Личностные характеристики пациентов с ишемической болезнью сердца: внутренняя картина болезни, толерантность к неопределенности, стратегии совладания со стрессом

Захарьян Е.А.
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
Медицинский институт им. С.И. Георгиевского
Симферополь, Россия
locren@yandex.ru

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, толерантность к неопределенности, ишемическая болезнь сердца, совладание со стрессом

Personal characteristics of patients with coronary artery disease: the internal picture of the disease, tolerance to uncertainty, coping strategies

Zakharyan E.A.
V.I. Vernadsky Crimean Federal University
Medical Institute named after S.I. Georgievsky
Simferopol, Russia
locren@yandex.ru

Keywords: internal picture of the disease, tolerance to uncertainty, coronary artery disease, coping strategies

Введение. Согласно современным данным, ишемическая болезнь сердца (ИБС) по распространенности и риску развития осложнений занимает лидирующее положение в числе наиболее значимых социальных проблем [1, 2]. Известно, что высокая распространенность сердечно-сосудистой патологии обусловлена как наследственными факторами, так и особенностями образа жизни (курение, неправильное питание, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем и пр.). В тоже время роль психологических факторов в распространенности, развитии и прогрессировании болезней системы кровообращения в настоящее время не подвергается сомнению [3, 4].

Цель исследования – изучение взаимосвязи психологических характеристик пациентов с характером течения ИБС.

Материал и методы. В исследование были включены 286 человек (242 пациента с ИБС и 44 здоровых добровольца), которым было проведено психологическое тестирование, включающее оценку типов отношения к болезни (ТОБ) с помощью Личностного Опросника Бехтеревского Института (ЛОБИ), стресс-совладающего поведения с помощью опросника Р. Лазаруса, С. Фолкман и толерантности к неопределенности с помощью шкалы Д. Маклейна.

Результаты. В опроснике ЛОБИ чаще всего пациенты с ИБС выбирали утверждения, характерные для сенситивного (35,5%), неврастенического (28,5%), тревожного (25,6%) и паранойяльного (24,4%) ТОБ. У представителей группы контроля в 70,5% преобладал эйфорический, в 61,4% – анозогнозический ТОБ. При этом статистическая значимость различий выявлена в частоте встречаемости гармоничного, эйфорического и анозогнозического ТОБ, преобладавших среди здоровых добровольцев ($p<0,0001$), в то время как у пациентов с ИБС преобладали паранойяльный ($p<0,05$) и тревожный ТОБ, последний из которых выявлен на уровне тенденции ($p=0,0628$).

Также продемонстрирована прямая корреляционная зависимость между возрастом пациентов и выявляемостью ипохондрического ($r=0,150$; $p=0,03$), апатического ($r=0,20$; $p=0,004$) и паранойяльного ($r=0,171$; $p=0,014$) типов, а также обратная корреляционная связь с эйфорическим ($r= –0,151$; $p=0,029$) и анозогнозическим ($r= –0,155$; $p=0,025$) ТОБ.

Представляет интерес обнаруженная корреляционная связь между количеством баллов по шкале SYNTAX и баллами, полученными пациентами по шкале паранойяльной реакции на болезнь ($r=0,231$; $p=0,0004$). Обращают на себя внимание более высокие баллы, набранные пациентами, госпитализированными для проведения аортокоронарного шунтирования (АКШ), по тревожному ($p=0,0003$), неврастеническому ($p=0,0120$), сенситивному ($p=0,0130$) и паранойяльному ($p=0,0014$) ТОБ. У пациентов с наличием ангинозных приступов значимо реже встречался гармоничный (3,13% против 11%, $p=0,0289$), однако чаще имел место паранойяльный ТОБ (28,75% против 15,85%, $p=0,04$).

В опроснике «Способы совладающего поведения» реже всего пациенты с ИБС выбирали утверждения, характерные для конфронтационного копинга ($p=0,01145$), поиск социальной поддержки ($p=0,011498$), планирование решения проблемы ($p=0,01016$) и положительная переоценка ($p=0,04347$). Выявлены различия в частоте встречаемости копинг-стратегий самоконтроль ($p<0,05$), принятие ответственности ($p<0,01$), планирование решения проблемы ($p<0,01$) и положительная переоценка

($p<0,01$) между группой пациентов с гемодинамически значимым атеросклеротическим поражением нескольких магистральных сосудистых бассейнов и без такового. Также отмечено, что такие варианты совладающего поведения, как конфронтация ($p<0,05$) и планирование решения проблемы ($p<0,05$) реже встречались среди пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий. При анализе взаимосвязей между количеством шунтов при проведении АКШ и преобладающими копинг-стратегиями, обнаружена обратная корреляционная связь со стратегиями конфронтации, дистанцирования, самоконтроля и бегства-избегания, обратная – со стратегией поиск социальной поддержки.

При анализе результатов тестирования по шкале толерантности к неопределенности в группах больных ИБС и здоровых добровольцев, выявлены статистически значимые различия в отношении к сложным задачам ($p<0,01$). Отмечена обратная корреляционная связь между возрастом испытуемых и большинством показателей толерантности к неопределенности со статистической значимостью различий также по шкале «отношение к сложным задачам». Продемонстрирована обратная корреляционная связь толерантности к неопределенности с выраженностью коронарного атеросклероза у пациентов с ИБС ($r= –0,158917$; $p=0,03213$). Выявлен ряд значимых различий показателей толерантности к неопределенности среди пациентов с рестенозами после перенесенного ранее ЧКВ. Отмечена статистическая значимость различий толерантности к неопределенности между группами пациентов, госпитализированных с целью консервативного лечения, и больных, поступивших для проведения планового хирургического вмешательства.

Выводы. Анализируя психологические особенности личности пациентов с ИБС, нами продемонстрирована необходимость индивидуального подхода к построению реабилитации и психологического сопровождения данной категории больных. Показано, что нарушения ритма, клинические проявления сердечной недостаточности, факт предстоящего оперативного вмешательства, наличие постинфарктных осложнений приводят к истощению личностных ресурсов по преодолению болезни, что может стать безусловным препятствием на пути к выздоровлению, отразиться на приверженности к лечению, что в результате приведет к негативным последствиям, более тяжелому течению и отягощенному прогнозу у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Литература

1. Вайсман Д.Ш. Показатели смертности от ишемической болезни сердца в Российской Федерации и ряде регионов: особенности динамики и структуры / Д.Ш. Вайсман, Е.Н. Енина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2024. Т. 23, N 7. С. 23–30.

2. Драпкина О.М. Динамика региональных показателей смертности от кардиологических причин в России в 2019–2020 гг. / О.М. Драпкина, И.В. Самородская // Кардиология. 2022. Т. 62, N 10. С. 16–25.
3. Психоэмоциональный стресс у лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями: данные ЭССЕ-РФ и ЭССЕ-РФ2 / Л.И. Гоманова, Ю.А. Баланова, С.А. Шальнова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024. Т. 23, N 10. С. 53–63.
4. Тревожно-депрессивные расстройства у больных ишемической болезнью сердца с пограничными стенозами коронарных артерий и висцеральным ожирением / Д.А. Яхонтов, Ю.О. Останина, О.В. Дуничева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2024. Т. 23, N 4. С. 26–32.

Специфика психологического сопровождения пациентов с опухоль-ассоциированной эпилепсией

Захарова М.Л., Иванов П.И.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
ЛДЦ «Медицинский институт имени Березина Сергея»
Санкт-Петербург, Россия
mayazaharova@mail.ru

Ключевые слова: онкопсихология, опухоли головного мозга, психологическое сопровождение лечения, эпилепсия, опухоль-ассоциированная эпилепсия

Specifics of psychological support for patients with tumor-associated epilepsy

Zakharova M.L., Ivanov P.I.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "St. Petersburg State Pediatric Medical University" of the Ministry of Health of Russia, LDC "Medical Institute named after Sergey Berezin", St. Petersburg, Russia
mayazaharova@mail.ru

Keywords: oncopsychology, quality of life, brain tumors, neuro-oncology, epilepsy, tumor-associated epilepsy

Введение. Под опухоль-ассоциированной эпилепсией (ОАЭ) понимают эпилепсию, обусловленную наличием в головном мозге (ГМ) опухоли, которая может либо непосредственно раздражать нервные клетки, либо изменять их электрическую активность, тем самым вызывая судорожные приступы.

Опухоли головного мозга (ОГМ) – гетерогенная группа различных внутричерепных новообразований, возникающих вследствие запуска процесса аномального неконтролируемого деления клеток, которые в прошлом являлись нормальными составляющими самой ткани мозга, лимфатической ткани, кровеносных сосудов мозга, черепных нервов, мозговых оболочек, железистых образований мозга или возникающих вследствие метастазирования первичной опухоли, находящейся в другом органе.

Клиническая картина опухолей ГМ разнородна, определяется их природой, объемом и локализацией. У пациентов часто наблюдается

общемозговая симптоматика, также может быть и очаговая неврологическая симптоматика, в том числе и судорожный синдром. В ряде случаев (в 30–50%) эпилептические приступы являются первым клиническим симптомом опухолей ГМ и критерием первичной диагностики [1,2]. Резко появление приступа (часто на фоне соматического благополучия) становится психотравмирующим событием для большинства пациентов, вызывающим страх развития приступов, травм и даже возможной смерти во время приступа, а также страх остаться без медицинской помощи. Это, в свою очередь, часто приводит к страху пациента оставаться одному и к необходимости постоянного присутствия рядом других людей, в первую очередь, родственников. Также пациенты отмечают проблемы, связанные с ощущением потери контроля над собственным телом и повышением восприимчивости к изменениям интероцептивных и проприоцептивных ощущений вплоть до ипохондризации.

Характерно появление и психологических проблем, связанных с выявлением онкологического заболевания, таких, как потеря контроля над собственной жизнью, постоянная витальная угроза, множественность потерь (здоровья, качества жизни, привычного образа жизни и пр.), чувство беспомощности, ситуация неопределенности во многих аспектах жизни, изменение социального функционирования, страх смерти, страх прогрессирования заболевания, осложнения лечения, состояние хронического стресса, появление ряда экзистенциальных проблем и вопросов.

При этом 10–30% пациентов страдают резистентной ОАЭ, что также может усиливать психологическую отягощенность наличием такой формы заболевания.

Пациенты нуждаются в наиболее подходящем в каждом случае лечебном воздействии – хирургическом, лучевом, противоопухолевом лекарственном либо в какой-то их комбинации. Также необходима и противосудорожная терапия. Лечебный процесс также требует психологического сопровождения в силу часто сопутствующих тревожных состояний в связи с получаемым лечением и его эффективностью, изменений психоэмоционального состояния на фоне получаемого лечения, возможных изменений образа тела (шрамы, выпадение волос, побочные явления от приема препаратов), а также вопросов, касающихся взаимоотношений с лечащим врачом.

При ОАЭ внутренняя картина болезни пациента обусловлена наличием как онкологического заболевания, так и осложнена неврологическим расстройством, что требует понимания и составления соответствующей программы как медицинской, так и психологической помощи таким пациентам. Сопровождение пациентов с ОАЭ должно осуществляться бригадой специалистов, в состав которой должен входить и психолог.

Таким образом, психологическая работа будет направлена на психологическую помощь пациентам с ОАЭ, находящимся как в ситуации онкологического, так и в ситуации неврологического заболеваний, нуждающихся в психологическом сопровождении лечебного процесса; а также будет включать в себя психологическое консультирование и психологическую поддержку родственников пациента.

Можно выделить следующие цели психологического воздействия:

– помощь пациенту в принятии изменившейся ситуации его жизни, преодолении экзистенциального кризиса;
– адаптация пациента к ситуации заболевания и лечения, повышение его адаптационных ресурсов;
– поддержание качества жизни пациента и его оптимального психоэмоционального состояния;
– психологическая поддержка, сопровождение на разных этапах заболевания и лечения;
– увеличение комплаэнтности, приверженности лечению, минимизация ожиданий и переживаний побочных эффектов лечения.

Основными направлениями психологической работы будут:

– психообразование и психоинформирование как пациентов, так и их родственников, в том числе и в вопросах лечебных мероприятий, самопомощи и формировании безопасной среды;
– психологическая коррекция /психотерапия эмоциональных, поведенческих нарушений, системы отношений;
– психологическое консультирование в решении отдельных вопросов;
– психологическое сопровождение обследования (первичного, динамического) и лечебного процесса;
– психологическая реабилитация (в том числе, и нейрореабилитация);
– психологическое консультирование и психологическая поддержка родственников пациентов.

В заключении хочется подчеркнуть, что пациенты с ОАЭ нуждаются в психологической помощи и адекватном лекарственном противосудорожном сопровождении. В большинстве случаев появление эпиприступов становится эмоционально значимым и психотравмирующим как для пациента, так и для его родственников событием. Психологическая помощь должна начинаться с момента появление первых клинических жалоб и быть направлена на осознание, принятие возможностей, ограничений и ресурсов пациента в ситуации болезни, на психологическую коррекцию эмоциональных и поведенческих расстройств, а также на ближайшее окружение пациента – его ресурс, также требующий психологической поддержки и помощи.

Литература

1. Прокудин М.Ю., Литвиненко И.В., Мартынов Б.В., Имянитов Е.Н. и др. Результаты хирургического лечения эпилепсии у пациентов с диффузными глиомами головного мозга. // Российский неврологический журнал. 2024. № 29(3). С. 49–57. DOI 10.30629/2658-7947-2024-29-3-49-57.
2. Прокудин М.Ю., Одинак М.М., Литвиненко И.В. и др. Клинико-морфологические факторы риска развития эпилепсии у больных с глиальными и метастатическими опухолями головного мозга//Журнал неврологии и психиатрии им.С.С. Корсакова. 2020. № 120(11). С. 22–28.

Способность к интерпретации невербального поведения и уровень социальной тревожности у подростков 14–16 лет

Зверева Н.В.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия
nwzvereva@mail.ru
Орлова Е.А.
ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия
orlovae151@gmail.com

Ключевые слова: распознавание эмоций, невербальное поведение, социальная тревожность, подростковый возраст

The Ability to Interpret Nonverbal Behavior and the Level of Social Anxiety in Adolescence Aged 14–16

Zvereva N.V.
Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Center"; Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
nwzvereva@mail.ru
Orlova E.A.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, orlovae151@gmail.com

Keywords: emotion recognition, nonverbal behavior, social anxiety, adolescence

Введение. Социальная тревожность (СТ) представляет собой психологическую проблему, тесно связанную с трудностями социального познания. В контексте развития социальной тревожности у подростков одна из ключевых ролей отводится степени сформированности эмоционального интеллекта, в структуру которого входят процессы распознавания и интерпретации невербального эмоционального поведения.

Несмотря на многочисленные зарубежные и отечественные исследования, данные о связи СТ и распознавания эмоций остаются противоречивыми: одни авторы указывают на дефицитарность данного процесса у людей с высоким уровнем социальной тревожности, другие – на гиперчувствительность к эмоциональным сигналам [5]. Настоящее исследование представляет собой пилотажный проект, направленный на первичную проверку гипотез о связи способности распознавания эмоций и уровня социальной тревожности у подростков 14–16 лет в одной из московских школ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 39 подростков 14–16 лет (22 мальчика, 17 девочек), учащиеся 9-х классов средней общеобразовательной школы г. Москвы. Для диагностики социальной тревожности использовались методики: «Краткая шкала страха негативной оценки» (BFNE) [3], «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» [1]; для оценки способности к распознаванию эмоций – методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)» [2] и «Диагностика уровня развития способности к адекватной интерпретации невербального поведения» В.А. Лабунской [4]. Процедура исследования включала в себя проведение группового тестирования в каждом из классов в рамках урока длительностью 45 минут, фиксацию ответов в индивидуальных бланках, а также анализ полученных данных (использовались непараметрические статистические методы и контент-анализ).

Результаты. Подростки с высоким уровнем СТ ($N = 9$) показали более высокие результаты по факторам «Узнавание» (средний балл составил 21 против 17,8 в группе с низкой СТ, $p = 0,03$) и «Эмоции» (5,56 баллов против 3,3 соответственно, $p = 0,03$) в методике «Жесты». Также высокотревожные подростки дали 37% негативно окрашенных эмоциональных ответов в отличие от 21% в группе с низкой СТ ($p < 0,01$). Например, широко известный жест «руки в боки» интерпретировался группой с высокой социальной тревожностью как «упрек», «стервозная поза», «обиделась» и т.п. (90% случаев), тогда как низкотревожные подростки описывали его как «уверенность», а также использовали прочие близкие по смыслу определения. Различий в точности распознавания эмоций выявлено не было.

В методике В.А. Лабунской на оценку способности к интерпретации невербального поведения доля негативно окрашенных эмоциональных ответов у подростков с высокой СТ составила 51% против 33% в группе сравнения ($p = 0,03$). Низкотревожные подростки давали более нейтральные и положительные описания эмоциональным состояниям. При интерпретации невербального поведения в той же методике группа подростков с высокой социальной тревожностью чаще использовала

следующие категории слов: «тревога» (18 против 6 упоминаний в группе с низкой СТ), «грусть» (21 против 11), «гнев» (26 против 19).

Была получена корреляция между фактором «Агрессия» в «Жестах» и «негативностью» эмоций в ответах по данной методике ($r = 0,66$, $p < 0,001$).

Девушки в большей степени оценивали социогенные ситуации как опасные (средний балл равнялся 8 против 5,32 у юношей, $p = 0,01$).

Выводы. В ходе проведенного исследования было установлено, что участники с высоким уровнем социальной тревожности не демонстрируют снижения способности к распознаванию эмоций, однако склонны к негативной интерпретации нейтральных и неоднозначных невербальных стимулов. Данный факт может свидетельствовать не столько о дефицитарности в области рассматриваемого психологического феномена, сколько о смещении восприятия в сторону негативной эмоциональной окрашенности.

Повышенное внимание к эмоциональным проявлениям у высокотревожных подростков может отражать особенности восприятия, при которых в том числе нейтральные стимулы трактуются как потенциально угрожающие. Такие особенности могут играть роль в формировании и поддержании социальной тревожности.

Полученные гендерные различия в восприятии социогенной опасности могут указывать на повышенную чувствительность девушек к потенциально неблагоприятным или рискованным социальным ситуациям, однако данный вопрос требует отдельного изучения.

Подводя итоги вышесказанному, представляется важным дальнейшее исследование следующих аспектов рассматриваемой проблемы:

– восприятие и интерпретация неоднозначных невербальных эмоциональных стимулов при разном уровне социальной тревожности у подростков;
– возможное влияние пола на восприятие социогенных ситуаций;
– роль социального опыта, окружающей среды и коммуникативного контекста при восприятии невербального эмоционального поведения.

Остается открытым вопрос о том, каким образом социальная тревожность может быть связана с распознаванием эмоций – является ли она следствием искаженной интерпретации или, наоборот, способствует ее искажению.

Литература

1. Вещикова М.И. Методика «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» («Фото-тест»): методические рекомендации / М.И. Вещикова. Москва: Сам Полиграфист, 2020. 24 с.

2. Зверева Н.В., Зверева М.В. Клинические и возрастные особенности применения методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)» у детей и подростков (по материалам доклада на конференции в 2020) // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2022. Т. 14. № . 5.
3. Клименкова Е.Н., Холмогорова А.Б. Валидизация методик диагностики социальной тревожности на российской подростковой выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № . 1. С. 28–39.
4. Лабунская В.А. Теоретико-эмпирические основания создания методики «Диагностика уровня развития способности к адекватной интерпретации невербального поведения» //Российский психологический журнал. 2008. Т. 5. № . 4. С. 35–47.
5. Никитина И.В. Социальная тревожность и социальное познание (обзор зарубежных исследований) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 65–79.

Комплексное исследование детей и подростков, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий

Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Зозуля С.А., Клак Д.С., Суркова К.Л., Зверева М.В., Кобзова М.П.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
г. Москва, Россия
nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, дети и подростки, психологическая, иммунологическая и электроэнцефалографическая диагностика

A comprehensive study of children and adolescents born with the help of assisted reproductive technologies

Zvereva N.V., Sergienko A.A., Strogova S.E., Zozulya S.A., Klak D.S., Surkova K.L., Zvereva M.V., Kobzova M.P.
Federal State Budgetary Scientific Institution
"Scientific Center for Mental Health", Moscow, Russia
nwzvereva@mail.ru

Keywords: assisted reproductive technologies, children and adolescents, psychological, immunological and electroencephalographic diagnostics

Введение. С конца 20-го века одним из способов преодоления бездетности стало применение высокотехнологичных вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), за 40 лет родилось до 13 млн. человек. Проводившиеся исследования в основном касались безопасности и эффективности самих процедур и способов подготовки к ним, течения индуцированной беременности, физиологических показателей рожденных детей, анализа их развития в первые годы жизни [2,3]. Были получены часто противоречивые данные о том, насколько «дети из пробирки» отличались, и в какую сторону от своих естественно зачатых сверстников (ЕЗ).

Также прослеживается противоречивость и малая сопоставимость результатов, исследование преимущественно младших возрастов, в основном монодисциплинарных. Основные переживания специалистов

и родителей касались возможных задержек развития, риска возникновения психической патологии и дизонтогенеза [1,2,4]. Дети редко обследовались мультидисциплинарно и в широком возрастном диапазоне. Именно такой подход был реализован в ФГБНУ НЦПЗ. Комплексное исследование нейрокогнитивного и эмоционально-личностного развития детей и подростков от 3 до 15 лет, зачатых с помощью ВРТ, в мультидисциплинарном аспекте проводится в ФГБНУ НЦПЗ с 2019 г.

Материал и методы. Комплексно обследованы 216 детей от 3 до 16 лет, разделенных на группы по типу зачатия – с помощью ВРТ – 111 детей (64 мальчика, средний возраст 7,2), дети ЕЗ – 105 детей (56 мальчиков, средний возраст 7,1 лет). По основным социодемографическим показателям (за исключением возраста матери) группы достоверно не различались. Методы диагностики: анкетирование и сбор анамнеза, психометрический (тест Векслера, STQ77), нейропсихологический, логопедический, патопсихологический (экспериментально-психологический), иммунологический (нейроиммунотест), нейрофизиологический (запись ЭЭГ). Методы применялись в соответствии с возрастом и психическим состоянием испытуемых, оценка IQ проводилась с 5 лет, как и экспериментально-психологическая диагностика. В обеих выборках были дети психически здоровые и с проблемным развитием, они составляли примерно до 15–18% испытуемых, такой выбор испытуемых, как мы полагали, позволял более четко увидеть есть или нет своеобразия развития детей ВРТ.

Результаты. Приведем в общем виде результаты по основным направлениям диагностики всех детей, не выделяя детей с нарушениями в отдельные группы.

Оценка интеллекта: Распределение по уровням интеллектуального развития: у детей ВРТ чаще встречается очень низкие показатели (в ЕЗ их нет) и очень высокие показатели (в ЕЗ их меньше), более грубые показатели при психической патологии в обеих выборках, но у ВРТ грубее; диссоциация показателей в группе ЕЗ в сторону НИП>ВИП встречается реже, чем у ВРТ, а сходное состояние ВИП и НИП чаще встречается при ЕЗ.

Экспериментально-психологическое исследование: дети ВРТ в самооценке в конкретной деятельности дольше задерживаются на уровне дошкольной высокой оценки, чем дети ЕЗ, у которых раньше возникает более четкая адекватная самооценка. При самоописании дети ВРТ значимо чаще детей ЕЗ используют родственные отношения. Дети ВРТ менее успешны, чем дети ЕЗ при распознавании символических жестов.

Нейропсихологическая оценка: качественный нейропсихологический анализ каждого испытуемого и усредненные данные по подгруппам, позволили выстроить нейропсихологический профиль с численной

оценкой дефицита психических функций и нейропсихологических факторов. Дефицитарность 1 блока мозга больше выражена в группе ВРТ, чем в ЕЗ (группе сравнения); обнаружено своеобразие по отдельным нейропсихологическим факторам в группе ВРТ по сравнению с ЕЗ; тенденция функционального дефицита ряда нейропсихологических факторов (энергетический, тормозный контроль, кинетический) при сохранности других (зрительное восприятие, кинестетический фактор, тактильное восприятие). Отметим, что функциональная дефицитарность, схожая с наблюдаемой при перинатальной (резидуальной) органической патологии, выявлена у большинства детей ВРТ.

Логопедическая оценка: нормативное речевое развитие чаще встречалось у детей ЕЗ, в группе ВРТ из нарушений развития речи в младшей группе встречались алалии и дизартрии, которые реже представлены у детей ЕЗ. Однако в старшей возрастной группе такой разницы уже не отмечалось. У детей школьного возраста, выраженные речевые расстройства встречалось гораздо реже. Возможно, это связано с хорошими компенсаторными возможностями ребенка и своевременным началом коррекционно-логопедической работы.

Иммунологическая оценка: в группе ВРТ наблюдается большая вариабельность значений воспалительных маркеров, выходящих в обе стороны за пределы контрольного диапазона. Выявлено три профиля анализируемых показателей, характеризующие различную интенсивность воспалительного ответа. Получены определенные соответствия иммунологических маркеров с данными ЭЭГ и нейропсихологического анализа.

ЭЭГ оценка: При анализе ЭЭГ в обеих группах испытуемых выявлялись сходные изменения. Способ зачатия не определяет биоэлектрогенез в младшем дошкольном возрасте, но компенсация нарушений в формировании б.э.а. головного мозга при ЕЗ может происходить быстрее. Достоверно более высокая частота встречаемости ЭЭГ-коррелятов дисциркуляторных нарушений в бассейне позвоночных артерий в группе ВРТ может быть связана с особенностями родовспоможения (кесарево сечение примерно у 75% детей ВРТ), а также с многоплодными беременностями.

Резюме. Комплексное исследование показывает, что нейрокогнитивное и отчасти эмоционально-личностное развитие детей ВРТ при принципиальном сходстве с развитием детей ЕЗ, все же имеет своеобразие, в различной степени выраженное по разным видам диагностики, что отражает индивидуальные особенности субъектов, получен спектр развития от высокой нормы до выраженного дефицита (отставания) по всем видам мультидисциплинарной диагностики в группе ЭКО. Полученные в исследовании данные вносят свой вклад в междисциплинарные исследования онтогенеза.

Литература

1. Лещинская С.Б. Факторы, влияющие на развитие детей при вспомогательных репродуктивных технологиях: обзор литературы //Вестник психотерапии. 2020. № . 75. С. 130–146.
2. Добряков И.В. и др. Психическое и соматическое развитие детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения //Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. Т. 19. № . 4. С. 122–133.
3. Сергиенко А.А. и др. Когнитивное развитие детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий от матерей разного возраста //Печатается по решению редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО КГМУ. 2024. С. 215–218.
4. Tsafrir A., Artom T., Orvieto R. et al. Managing parental capacity concerns in IVF: the role of child welfare committees – a survey of unit directors. J Assist Reprod Genet 42, 2305–2311 (2025). С. 1–7. https://doi.org/10.1007/s10815–025–03529-y

Уровень переживаемого одиночества и тревожности у старших подростков, склонных к аддиктивному поведению

Земзюлина И.Н., Дремова С.А.
ФГБУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия
zemzulinain@kursksmu.net, sofia.dremova@icloud.com

Ключевые слова: подростковый возраст, аддиктивное поведение, одиночество, личностная тревожность, ситуативная тревожность

The level of experienced loneliness and anxiety in older adolescents prone to addictive behavior

Zemziulina I.N., Dremova S.A.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kursk State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation
zemzulinain@kursksmu.net, sofia.dremova@icloud.com

Keywords: adolescence, addictive behavior, loneliness, personal anxiety, situational anxiety

Введение. Подростковый возраст является критическим периодом в развитии личности, сопровождающимся значительными биологическими, психологическими и социальными трансформациями. В этот период у подростков возрастает уязвимость к психическим нарушениям, которые могут существенно повлиять на дальнейшее формирование личности [1]. Среди таких нарушений особое внимание в клинической психологии уделяется склонности к тревожным расстройствам и аддиктивному поведению, которые часто сопровождаются и усугубляются переживанием одиночества [2].

Тревожность в подростковом возрасте проявляется как клинически значимое состояние, характеризующееся постоянным внутренним напряжением, страхами и эмоциональной нестабильностью [3]. Переживание одиночества при этом выступает не просто как субъективное состояние, а как фактор, способствующий развитию и хронификации

психопатологических симптомов, включая склонность к формированию аддиктивного поведения [4].

Аддиктивное поведение у подростков рассматривается в клинической психологии как серьёзная проблема, связанная с развитием зависимости от психоактивных веществ, а также с возникновением нехимических зависимостей [4].

Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью комплексного понимания взаимосвязи между уровнем переживаемого одиночества, личностной и ситуативной тревожности, а также склонностью к аддиктивному поведению у представителей подросткового возраста. Реализация целей исследования будет способствовать построению эффективной системы клинико-психологического сопровождения данной группы.

Целью исследования является выявление взаимосвязи уровня переживания одиночества и тревожности и склонности к аддиктивному поведению; разработка программы клинико-психологического сопровождения.

Материалы и методы. Исследование проводилось с участием 50 подростков в возрасте от 15 до 17 лет. Группу со склонностью к аддиктивному поведению составили 25 человек, группу без нее 25 человек.

В работе был использован психодиагностический метод исследования, включающий в себя следующие методики: Тест–опросник «Аддиктивная склонность» (В.В. Юсупов, В.А. Корзунин), Диагностический опросник «Одиночество» (С.Г. Корчагина), Методика «Определение уровня тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханина).

Результаты. При обработке результатов с использованием корреляционного анализа Спирмена были выявлены следующие корреляционные связи:

Обнаруженная положительная корреляционная связь между склонностью к аддиктивному поведению и переживанием одиночества ($p = 0,0$; $R = 0,4$) может свидетельствовать о том, что подростки с зависимыми установками чаще испытывают чувство социальной изоляции и дефицита значимых отношений.

Была выявлена положительная корреляция между склонностью к аддиктивному поведению и уровнем личностной тревожности ($p = 0,0$; $R = 0,3$), что может свидетельствовать о том, что подростки, склонные к аддиктивным формам поведения, чаще проявляют тревожность как устойчивую черту личности.

Также была установлена положительная связь между склонностью к аддиктивному поведению и ситуативной тревожностью ($p = 0,0$; $R = 0,36$). Это можно объяснить тем, что подростки с выраженной склонностью к аддикциям более остро реагируют на стрессовые ситуации.

Была выявлена положительная корреляционная связь между переживанием одиночества и личностной тревожностью (p = 0,0; R = 0,46), что может свидетельствовать о том, что подростки, часто переживающие одиночество, склонны также к высокой личностной тревожности. Вероятно, тревожность мешает формированию устойчивых социальных связей и углубляет чувство социальной изоляции.

Также следует отметить высокую положительную корреляцию между переживанием одиночества и ситуативной тревожностью (p = 0,0; R = 0,79). Это может указывать на то, что одиночество сопровождается повышенной чувствительностью к внешним стрессорам.

Была установлена положительная корреляция между личностной и ситуативной тревожностью (p = 0,0; R = 0,59), что может свидетельствовать о том, что подростки с повышенной тревожностью как чертой личности, также склонны к усиленным реакциям тревоги в конкретных стрессовых ситуациях.

Выводы. По результатам проведенного эмпирического исследования была выявлена взаимосвязь между уровнем переживаемого одиночества, тревожностью, успеваемостью и склонностью к аддиктивному поведению старших подростков, что выражается в том, что чем выше склонность к аддиктивному поведению, тем выше показатели одиночества, личностной и ситуативной тревожности.

Выявлены мишени клинико-психологического сопровождения старших подростков, склонных к аддиктивному поведению, в качестве которых выступают высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, высокий уровень переживаемого одиночества и эмоциональные состояния, связанные с переживанием одиночества. Разработана модель клинико-психологического сопровождения, направленная на формирование личностного фундамента, способствующего благоприятной социальной адаптации и устойчивому развитию в старшем подростковом возрасте.

Литература

1. Василькова Ж.Г. Клиническая психология детей и подростков. Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2020. 156 с.
2. Корчагина С.Г. Психология одиночества: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. 223 с.
3. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
4. Тарасова А.В. Психологические факторы формирования аддиктивного поведения в подростковом возрасте // Психология и право. 2019. Т. 9, № 1. С. 78–92.

Значение восприятия болезни, ее причин и последствий в соматическом и психологическом дистрессе у людей с болезнями органов пищеварения

Золотарева А.А.
НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия

Ключевые слова: восприятие болезни, тревога, депрессия, соматизация, атрибутивный стиль

The role of illness perception, its causes and consequences in somatic and psychological distress in people with digestive diseases

Zolotareva A.A.
HSE University, Moscow, Russian Federation

Keywords: illness perception, anxiety, depression, somatization, attributive style

Введение. Согласно современным исследованиям, восприятие болезни является одной из ключевых детерминант ее течения и исхода при хронических заболеваниях. Позитивное восприятие связано с более высоким качеством жизни при раке молочной железы, менее выраженной стигмой при ВИЧ-инфекции и более длительной ремиссией при раннем ревматоидном артрите. Напротив, негативное восприятие болезни ассоциируется с более короткой продолжительностью жизни при хронической почечной недостаточности, снижением ожиданий выживаемости при высоких рисках летальности и более выраженным страхом смерти на прогрессирующих стадиях рака желудочно-кишечного тракта [1; 2; 3].

Важно отметить, что в современной науке наблюдается дефицит знаний о значении восприятия болезни в соматическом и психологическом функционировании людей с болезнями органов пищеварения. Между тем, данные патологии часто носят психосоматический характер. Целью настоящего исследования является изучение связи восприятия болезни с соматическим и психологическим дистрессом у людей с болезнями органов пищеварения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 138 человек с болезнями органов пищеварения, в том числе 105 женщин (76,1%) и 33 мужчины (23,9%) в возрасте от 18 до 68 лет (M = 41,6; Me = 41; SD = 10,7). Все участники были активными пользователями онлайн-ресурсов, посвященных вопросам гастроэнтерологии, включая тематические сообщества и медицинские форумы с возможностью получения онлайн-консультаций специалистов.

Анкета содержала опросник восприятия болезни (Revised Illness Perception Questionnaire, RIPQ), оценивающий представления человека о причинах и последствиях хронического заболевания, а также инструменты, измеряющие симптомы тревоги (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7), депрессии (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) и соматизации (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8).

Результаты и обсуждение. Анализ данных позволил выявить три ключевые закономерности.

Во-первых, при наличии симптомов тревоги, депрессии и соматизации наблюдалось более негативное восприятие болезни. Участники ощущали, что не в состоянии контролировать ни саму болезнь, ни ее лечение, и репрезентировали свое состояние в негативных эмоциональных переживаниях.

Во-вторых, при соматическом дистрессе люди были склонны «соматизировать» причины болезней органов пищеварения. Они связывали развитие патологии с потерей иммунитета и редко рассматривали в качестве причины случайные или психологические обстоятельства.

В-третьих, при психологическом дистрессе люди были склонны «психологизировать» причины болезней органов пищеварения. Они считали «ответственными» за развитие их заболевания такие психологические факторы, как напряжение, стресс, тревогу и эмоциональное состояние.

Данные закономерности частично перекликаются с результатами исследований, посвященных склонности к соматическим и психологическим атрибуциям при соматическом симптоматическом и посттравматическом стрессовом расстройствах [4; 5]

Заключение. Основной вывод, который можно сделать по результатам настоящего исследования, заключается в том, что характер протекания дистресса определяет склонность людей к соматическим и психологическим атрибуциям. Результаты исследования могут найти применение в психотерапии, психологическом консультировании, а также в практической деятельности врачей и специалистов в сфере здравоохранения. Тот факт, что восприятие болезни тесным образом связано с соматическим и психологическим благополучием, определяет важность разработки профилактических и терапевтических вмешательств

для развития и поддержания более позитивного восприятия людьми болезней органов пищеварения.

Литература:

1. Beckwith H.K.S., Adwaney A., Appelbe M., Gaffney H.T., Hill P., Moabi D., Prout V.L., Salisbury E., Webster P., Tomlinson J.A.P., Brown E.A. Perceptions of illness severity, treatment goals, and life expectancy: The ePISTLE Study // Kidney International Reports. 2021. Vol. 6. P. 1558–1566. DOI: 10.1016/j.ekir.2021.02.032
2. Fan Y., Yu B., Liu H., Ma H., Ma C., Li Y., Feng C., Jia P., Yang S. Network analysis of illness perception, stigma, and resilience with cognition in old people living with HIV // Journal of Psychosomatic Research. 2024. Vol. 177. Article 111565. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2023.111565
3. Ośmiałowska E., Staś J., Chabowski M., Jankowska-Polańska B. Illness perception and quality of life in patients with breast cancer // Cancers (Basel). 2022. Vol. 14. P. 1214. DOI: 10.3390/cancers14051214
4. Smakowski A., Hüsing P., Völcker S., Löwe B., Rosmalen J.G.M., Shedden-Mora M., Toussaint A. Psychological risk factors of somatic symptom disorder: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies // Journal of Psychosomatic Research. 2024. Vol. 181. Article 111608. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2024.111608
5. von dem Knesebeck O., Lehmann M., Löwe B., Lüdecke D. Causal attributions for somatic symptom disorder // Journal of Psychosomatic Research. 2020. Vol. 129. Article 109910. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.109910

Формирование представления о взаимосвязи уровня креативности с переживанием «состояния потока» у студентов высших учебных заведений

Иконина А.С., Якименко М.В.
ФГАОУ ВО Южный федеральный университет
Ростов-на-Дону, Россия
ikonina@sfedu.ru, mvyakimenko@sfedu.ru

Ключевые слова: креативность, состояние потока, творчество, творческая деятельность, мотивация

Formation of an idea about the relationship between the level of creativity and the experience of the “flow state” among students of higher educational institutions

Anastasiya S. Ikonina, Marianna V. Yakimenko,
Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia
ikonina@sfedu.ru, mvyakimenko@sfedu.ru

Keywords: creativity, flow state, creativity, creative activity, motivation

Введение. В работе представлены результаты исследования взаимосвязи уровня креативности с переживанием «состояния потока» у студентов высших учебных заведений.

Представляло интерес определение существования взаимосвязи между уровнем креативности и переживанием «состояния потока» и формирование представления о степени и характере этой взаимосвязи в зависимости от уровня образования в разрезе «бакалавриат-магистратура».

Актуальность исследования обусловлена, прежде всего, исследовательским интересом к феномену креативности в образовательном процессе с точки зрения его значимости для формирования социальных и профессиональных компетенций, личностного развития студентов [2, 3 и др.]

С другой стороны, проведенными исследованиями установлено, что переживание состояния потока положительно связано с самооценкой,

удовлетворенностью жизнью, психологическим благополучием и внутренней мотивацией [1], а, следовательно, в определённой степени влияет на результаты образовательной деятельности студентов.

В рамках проведенного исследования были сформулированы следующие гипотезы:

– существует взаимосвязь уровня креативности и переживания «состояния потока» у студентов вуза;
– степень и характер взаимосвязи уровня креативности и переживания «состояния потока» у студентов вуза могут быть опосредованы как уровнем образования (бакалавриат – магистратура), так и возрастом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие студенты (бакалавры и магистранты) различных направлений Южного федерального университета. Всего было обследовано 57 студентов, из них 43 – бакалавров и 14 – магистрантов.

Для оценки креативности использовали тест для определения уровня креативности «Самодиагностика уровня креативности» Р.Э. Васильченко, С.А. Поздняков (2016). Для оценки переживания состояния потока был применён тест «Шкала потока в учебе, WOLF-S» A. Bakker et al. (2017), адаптация: А.Е. Иванова, И.С. Денисов (2024), адаптированный к креативной деятельности.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что существует прямая слабая связь между уровнем креативности и состоянием потока, и равна 0,306*.

Причиной характера взаимосвязи могут послужить следующие факторы. Многие опросники креативности могут измерять не креативность в целом, а ее отдельные компоненты, такие как дивергентное мышление, что напрямую оказывает влияние на результат. К возможным погрешностям можно отнести социально-одобряемые ответы и малую выборку. Также особое значение имеет специфичность самого переживания состояния потока, и он может быть связан с выполнением другой деятельности, помимо творческих или креативных задач. Помимо этого, креативность не всегда может быть связана только с положительными эмоциями. Эта особенность обуславливается тем, что сам процесс творчества иногда требует приложения особых усилий, что может быть связано с возникновением негативного опыта и мешать проявлению потока.

Тем не менее, полученные результаты свидетельствуют о том, что связь между креативностью и состоянием потока значима, хоть и слаба. Это может быть объяснимо тем, что состояние потока подразумевает некое расслабление мозга и самоконтроля, за счет чего креативные идеи чаще проявляются.

Гипотеза 2, подразумевающая, что степень и характер взаимосвязи уровня креативности и переживания «состояния потока» у студентов

вуза могут быть опосредованы как уровнем образования, так и возрастом, подтвердилась частично. Корреляция креативности и состояния потока у студентов уровня бакалавриата равна 0,296*, что характеризует ее как прямую слабую связь. При этом, корреляция креативности и состояния потока у студентов уровня магистратуры равна 0,313*, и характеризуется также – прямая слабая связь. Таким образом, первая часть гипотезы не подтверждается. Статистически значимых различий не обнаружено, что объяснимо особенностью самого процесса учебной деятельности, подразумевающего схожие конструкты и инструменты решения различных задач, схожих у обоих уровнях образования.

Однако, вторая часть гипотезы о взаимосвязи возраста и проявлений креативности и переживания состояние потока подтвердилась частично. Выявленная в процессе исследования корреляционная связь возраста и креативности является статистически незначимой и равна 0,022. При этом корреляция между возрастом и состоянием потока равна –0,239* и является отрицательной слабой связью. Учитывая, что такая связь является статистически значимой, необходимо объяснить характер данного феномена, он может заключаться в том, что с увеличением возраста студентов количество нагрузки (учебной, профессиональной) также увеличивается, что значительно повышает уровень осознанности действий даже в творческом процессе, а смещение мотивации с внутренней переходит на внешнее.

Выводы. Креативность и состояние потока не имеют корреляционной связи, так как могут быть теми факторами, на которые влияют другие переменные, то есть их связь может быть опосредованной.

С увеличением возраста состояние потока проявляется все реже, что может быть опосредованно тенденцией роста осознанности и ответственности, а также личностными характеристиками и возможными проблемами, такими как эмоциональное выгорание, самокритичность, самоконтроль, особенности концентрации и так далее.

Литература

1. Иванова А.Е. Как измерить состояние потока в учебе. Апробация Шкалы потока в учебе на выборке российских студентов / А.Е. Иванова, И.С. Денисов // Вопросы образования. 2024. № 4. С. 95–125.
2. Сорокина О.В. Развитие креативности как профессионально значимого качества у студентов-психологов // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2010. № 4. С. 115–120
3. Суховская Д.Н. Креативность в образовательном пространстве: социокультурные и институциональные аспекты / Д.Н. Суховская, Д.К. Маркова // Социология. 2025. № 2. С. 32–39.

Произвольные мимические движения у пациентов с острыми сосудистыми поражениями головного мозга

Калантарова М.В.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
kalantarovamv@mgppu.ru
Петренко М.А.
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
marie.petrenko@yandex.ru

Ключевые слова: мимические движения, острое нарушение мозгового кровообращения, апраксия лица, профиль латеральной организации, эмоциональная сфера

Arbitrary mimic movements in patients with acute vascular lesions of the brain

Kalantarova M.V.
Sklifosovsky Research Institute For Emergency Medicine, Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia
kalantarovamv@mgppu.ru
Petrenko M.A.
Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia
marie.petrenko@yandex.ru

Keywords: mimic movements, acute cerebral circulation disorder, facial apraxia, lateral organization profile, emotional sphere

Введение. Произвольные движения рук достаточно полно изучены и широко используются в нейропсихологической диагностике, произвольные мимические движения исследованы гораздо меньше. Движения верхней части лица изучены крайне мало и их исследование не входит в задачи нейропсихологической диагностики.

Целью настоящего исследования является анализ взаимосвязи произвольных мимических движений и характеристик эмоциональной сферы

при различных профилях латеральной организации головного мозга у пациентов с острыми сосудистыми поражениями головного мозга.

Гипотеза: нарушения произвольной регуляции мимических движений связаны с особенностями эмоциональной сферы.

Материал и методы. Исследование включает в себя опросники и нейропсихологические пробы. Исследование проводилось индивидуально с каждым испытуемым в тихом светлом помещении и занимало порядка 40 минут.

Методы:

I. Методики, направленные на исследование ПЛО:

Опросник М. Аннет, Проба Розенбаха, Нейропсихологические пробы на праксис [Е.Д. Хомская].

II. Методики, направленные на оценку эмоциональной сферы:

Торонтская алекситимическая шкала, TAS-26, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS [А.В. Андрющенко с соавт.], Тест эмоционального интеллекта Люсина, ЭмИн, Лица-Химеры для исследования эмоционально-волевой сферы по Л.С. Цветковой [Л.С. Цветкова], Распознавание эмоций по лицам [Л.С. Цветкова], Узнавание известных лиц, Рассказ по сюжетной картине с описанием эмоционального состояния героев [Е.Д. Хомская].

III. Методика, направленная на оценку мимических движений:

Шкала оценки апраксии верхней и нижней частей лица (The Upper and Lower Face Apraxia Test) – переведенный нами на русский язык тест, направленный на выявление апраксии верхней и нижней частей лица [I. Bizzozero et al.].

Шкала содержит 29 заданий, направленных на оценку нижней половины лица, максимальная сумма баллов 435. И 9 заданий для оценки верхней половины лица, максимальная сумма баллов 45. Движения оцениваются, как «пройдено/ не пройдено» – «1/ 0». Полученные баллы умножаются на рейтинг (вес) вопроса, который рассчитан авторами теста для каждого из вопросов. Движения не засчитываются, если производились случайные и непрерывные движения, если ответу предшествовали длительные паузы, если требуемое движение было неполным и не выполнялось вообще. Зеркальные движения не являются ошибкой.

В настоящем исследовании пробы предъявлялись либо по показу с инструкцией «повторяйте за мной», либо по вербальной инструкции «делайте, как я скажу».

Клинико-психологические характеристики выборки.

В исследовании приняли участие 94 человека. В клиническую группу вошли 60 человек в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст – 61,9, медианный – 66,5), пациенты НИИ скорой помощи

им. Н.В. Склифосовского с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Контрольную группу составили здоровые добровольцы (данные о здоровье по самоотчету) в возрасте от 21 до 78 лет (средний возраст – 42,7, медианный – 40), всего 34 человека.

Все участники исследования дали добровольное информированное согласие на участие в данном исследовании.

Критерии включения в клиническую выборку: установленный диагноз ОНМК в остром периоде, результат по MMSE не ниже 24 баллов, или результат по MoCA не ниже 22 баллов, отсутствие пареза обеих рук.

При анализе данных клиническая выборка была разделена на следующие группы:

1. По локализации ОНМК: Пациенты с ОНМК правой средней мозговой артерии (СМА); Пациенты с ОНМК левой СМА; Пациенты с ОНМК вертебробазилярной артериальной системы (АС).
2. По профилю латеральной асимметрии: Правосторонний профиль; Смешанный профиль.
3. По способу предъявления методики «The Upper and Lower Face Apraxia Test»: По показу; По речевой инструкции.

Результаты. При анализе результатов в зависимости от локализации ОНМК было обнаружено, что показатель алекситимии наиболее высокий в подгруппе с ОНМК левой СМА, наименее высокий – в подгруппе с ОНМК вертебробазилярной АС. В целом, в подгруппах с ОНМК правой и левой СМА полученный результат превышает нормативные показатели методики. Уровень эмоционального интеллекта наиболее высокий в подгруппе с ОНМК вертебробазилярной АС, наименее высокий – в подгруппе с ОНМК левой СМА, что согласуется с полученными данными в опроснике на уровень алекситимии. Также между опросниками были найдены статистически значимые обратные корреляции.

При анализе мимических движений и эмоционально-личностных характеристик по ПЛО между клинической и контрольной выборками были получены следующие результаты. В «The Upper and Lower Face Apraxia Test» в целом здоровые испытуемые допускали меньше ошибок по всем шкалам, чем пациенты клинической выборки. Здоровые добровольцы с правосторонним ПЛО выполняли методики хуже, чем здоровые добровольцы со смешанным ПЛО. Также и пациенты с правосторонним ПЛО выполняли методику хуже пациентов со смешанным ПЛО. Показатели алекситимии у здоровых добровольцев с правосторонним ПЛО выше, чем у здоровых испытуемых со смешанным ПЛО. Однако показатели алекситимии пациентов со смешанным ПЛО выше показателей пациентов с правосторонним ПЛО. В целом, наибольшее значение по показателю алекситимии в подгруппе пациентов со смешанным ПЛО, наименьшее

значение – в подгруппе пациентов с правосторонним ПЛО. Уровень эмоционального интеллекта по всей выборке наиболее высокий в подгруппе пациентов с правосторонним ПЛО, наименее высокий в подгруппе здоровых добровольцев со смешанным ПЛО.

Данные анализа мимических движений пациентов при разных способах предъявления инструкции (в вербальном и наглядном планах) показали, что пробы на нижнюю часть лица немного лучше выполнялись подгруппой, которым предъявляли методику по показу. Все остальные шкалы (Верхняя часть лица, Общее значение, пробы, задействующие правую или левую сторону лица) лучше выполнялись при предъявлении по речевой инструкции. При анализе мимических движений здоровых добровольцев различий между двумя способами предъявления не было выявлено.

Выводы. Нарушения произвольной регуляции мимических движений связаны с особенностями эмоциональной сферы: высокий уровень алекситимии и низкий уровень эмоционального интеллекта сопровождаются большим количеством ошибок в мимических пробах.

Литература

1. Bizzozero I., Costato D., Della S.S., Papagno C., Spinnler H., Venneri A. Upper and lower face apraxia: role of the right hemisphere. Brain. 2000, 123. P. 2213–2230.
2. Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии, 2003. № 5. С. 11–18.
3. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. СПб.: Питер, 2005. 496 с: ил. (Серия «Классический университетский учебник»).
4. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Методический альбом. Москва. 2002. 79 с.
5. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. 8-е изд. М.: Генезис, 2023. 12с. (+72 л.).

Интерактивный метроном в работе с дефицитом внимания у младших школьников с гипердинамическим синдромом

Каменец И.А.
Центр когнитивных технологий
«Многопрофильный медицинский центр "УГМК-Здоровье"»
Уральский федеральный университет
Екатеринбург, Россия
IlyaKamenetz@yandex.ru

Ключевые слова: внимание, младшие школьники с СДВГ, интерактивный метроном

Interactive metronome in working with attention deficit in primary schoolchildren with hyperdynamic syndrome

Kamenetz I.A.
Center for Cognitive Technologies «Multidisciplinary Medical Center "UMMC-Health"», UFU, Yekaterinburg, Russia
IlyaKamenetz@yandex.ru

Keywords: Attention, younger students with ADHD, interactive metronome

Конференция «Зейгарниковские чтения» объединяет специалистов, исследующих вопросы клинической и патопсихологии. Блюма Вульфовна Зейгарник внесла значительный вклад в развитие отечественной клинической психологии, заложив основы патопсихологического подхода и исследований механизмов регуляции деятельности [Б.В. Зейгарник, 1986]. Она отмечала: «Внимание является ключевым элементом психической деятельности, через который реализуется способность ребёнка к произвольной организации действий» [Б.В. Зейгарник, 1986, с. 45]. В современных условиях её идеи о роли произвольности и регуляции психической деятельности сохраняют актуальность при изучении нарушений внимания у детей младшего школьного возраста.

Дефицит внимания и гипердинамический синдром (СДВГ) остаются одной из наиболее распространённых клинических проблем у детей

младшего школьного возраста. По данным международных исследований, частота встречаемости составляет 5–7% среди популяции детей [R.J. Shaffer, et al., 2001]. Эти нарушения оказывают влияние на обучение, социальные взаимодействия и эмоциональное развитие ребёнка. Стандартные протоколы помощи включают фармакотерапию, однако всё более востребованными становятся методы нефармакологической коррекции, направленные на развитие произвольности, регуляции и когнитивных функций [Y.-Y. Park, & Y.-J. Choi, 2017].

Одним из перспективных методов коррекционно-развивающей работы являются современные нейротренажеры. С одной стороны, они делают процесс занятия интерактивным, что обеспечивает высокий уровень интереса у ребенка. А с другой стороны позволяют от цифровать процесс занятия, организовать высокую точность, и возможность гибкой настройки под конкретные цели. Одним из эффективных нейротренажеров для тренировки внимания на наш взгляд является Interactive Metronome (IM).

IM основан на синхронизации двигательных действий ребёнка (руки, ноги, корпус) с ритмическими сигналами компьютеризированного метронома. Участник получает обратную связь о точности синхронизации движений, что способствует развитию временной организации, внимания, моторной координации и исполнительных функций [R.J. Shaffer, et al., 2009].

IM-тренировка имеет несколько ключевых преимуществ: во-первых, она развивает произвольность и точность действий, во-вторых, способствует улучшению рабочей памяти и когнитивной гибкости, а в-третьих, повышает устойчивость к отвлекающим стимулам, что особенно важно для детей с СДВГ [R.J. Shaffer, et al., 2001; Y.-Y. Park,,& Y.-J. Choi, 2017].

Развитие временной организации и моторной координации играет ключевую роль в улучшении внимания и саморегуляции. Согласно данным, регулярные занятия интерактивным метрономом позволяют укрепить зрительно-моторную координацию, а также положительно влияют на когнитивные показатели. [Y. Namgung, D.-I. Son, & K.-M. Kim, 2015]

Систематическое использование нейротренажера IM в клинической практике способствует интеграции моторных, когнитивных и эмоциональных компонентов поведения, что соответствует принципам патопсихологии Б.В. Зейгарник о связи произвольности действий и психической деятельности ребёнка [Б.В. Зейгарник, 1986].

В практике нашего Центра когнитивных технологий, занятия на нейротренажере Интерактивный метроном являются обязательными в коррекционно-развивающем маршруте детей с нарушениями внимания и СДВГ наряду с классическими нейрокоррекционными занятиями. Это позволяет увеличить эффективность применения медикаментозной

терапии и ускорить процесс созревания высших корковых функций, отвечающих в том числе за саморегуляцию и произвольное внимание. Младшим школьникам назначается курс из 15 занятий по 60 минут, при возможном повторе курса через 2–3 месяца.

За восемь лет применения этого нейротренажера в работе Центра специалисты отмечают улучшение когнитивной и исполнительной сферы у детей, в частности повышение устойчивости и избирательности внимания, улучшение контроля импульсивных реакций, развитие моторной координации и ритмических навыков, а также положительное влияние на эмоциональную стабильность и социальное взаимодействие с ровесниками.

В нашей практике мы используем тренировки на нейротренажере одновременно с индивидуальными или групповыми нейропсихологическими занятиями. Можно отметить, что в процессе нейропсихологической коррекции письма и чтения дети, дополнительно проходящие занятия на интерактивном метрономе, достигают результатов быстрее, в среднем на 2–3 месяца, чем дети, которые посещают только нейропсихологическую коррекцию. Также результаты носят более устойчивый характер и снижают количества повторных обращений от пациентов. Предполагаем, что такой результат в первую очередь обусловлен тем, что функция внимания, которую дети тренируют на IM, имеет сквозной характер и участвует во всех психических процессах, и ее дополнительная тренировка повышает эффективность основных занятий.

Интерактивный метроном представляет собой перспективный инструмент в комплексной коррекционной работе с младшими школьниками, имеющими дефицит внимания и СДВГ. Данный метод позволяет развивать регуляцию и произвольность действий, что согласуется с классическими положениями патопсихологии, сформулированными Б.В. Зейгарник. Однако необходимы дальнейшие исследования с расширенными выборками и контролируемыми дизайнами для подтверждения долгосрочной эффективности метода.

Литература

1. Зейгарник Б.В. (1986). Патопсихология. М.: Изд-во МГУ.
2. Shaffer R.J., Jacokes L.E., Cassily J.F., Greenspan S.I., Tuchman R.F., & Stemmer P.J. (2001). Effect of interactive metronome training on children with ADHD. American Journal of Occupational Therapy, 55(2), 155–162.
3. Park Y.-Y., & Choi Y.-J. (2017). Effects of interactive metronome training on timing, attention, working memory, and processing speed in children with ADHD: A case study of two children. Journal of Physical Therapy Science, 29(12), 2165–2167. https://doi.org/10.1589/jpts.29.2165

4. Namgung Y., Son D.-I., & Kim K.-M. (2015). Effect of interactive metronome training on timing, attention and motor function of children with ADHD. White Paper. Interactive Metronome.
5. Shaffer R.J., et al. (2009). Interactive Metronome training in children with attention deficit and developmental coordination disorders. Journal of Neurotherapy, 13(2), 122–130.

Цифровой эскапизм у молодёжи: опыт разработки и апробация методики измерения

Карпова Э.Б., Фролова А.Э.
Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург, Россия
e.karpova@spbu.ru, st107453@student.spbu.ru

Ключевые слова: эскапизм, цифровой эскапизм, социальная тревога, виртуальная среда, цифровой аскетизм

Digital Escapism among Young People: Development and Validation of a Measurement Methodology

Karpova E.B., Frolova A.E.
St. Petersburg State University; St. Petersburg, Russia
e.karpova@spbu.ru, st107453@student.spbu.ru

Keywords: escapism, digital escapism, social anxiety, virtual environment, digital asceticism

Введение. Широкое использование социальных сетей среди молодежи сопровождается последствиями в коммуникациях. Так, например, литературе описано наблюдающееся снижение эмпатии у молодых людей, погруженных в виртуальную среду. Некоторые авторы указывают на появление новой формы эскапизма – цифрового эскапизма, проявляющегося в «побеге» из реальности в виртуальную среду посредством повышенного интереса к онлайн-контенту [1, 2, 5]. Такой уход от реальности может быть вызван ощущением скуки, а часто и опасности, связанной с живыми социальными контактами.

А.А. Лисенкова, Е.О. Труфанова описывают разные формы цифрового эскапизма: рекреационный эскапизм, эскапизм в форме цифровой аддикции, цифровой аскетизм, или медиааскетизм, который, напротив, является бегством от цифровых технологий [3]. Авторы справедливо отмечают, что в умеренном проявлении эти формы как поведенческие адаптивные стратегии человека нейтральны, однако в выраженном виде они могут выступать как прогностически негативные тенденции, угрожающие его психологическому благополучию.

В связи с этим неизбежно встает вопрос о создании психодиагностического инструментария, позволяющего измерить эти тенденции в поведении людей. Нами была предпринята попытка модифицировать методику, направленную на измерение эскапизма, включив в нее пункты, направленные на выявление трех видов цифрового эскапизма. Самостоятельный интерес представляет возможность проверить, каким образом соотносится цифровой эскапизм с общим. – является ли он самостоятельным, специфичным явлением или стал удобной формой общей тенденции в поведенческой стратегии ухода от реальности.

Целью работы является создание опросника, выявляющего уровень цифрового эскапизма, и апробация его на группе молодых людей из 15 человек, у 46,7% которых деятельность не связана с постоянной активностью в сети, у 53,3% деятельность связана с необходимостью находиться в киберпространстве.

Опросник для измерения уровня выраженности цифрового эскапизма разработан как модифицированная версия методики измерения уровня выраженности эскапизма, разработанной научным коллективом Института психологии РАН (Т.Н. Савченко, О.И. Теславская, Е.В. Беловол, А.А. Кардапольцева) [4]. Опросник включает 50 пунктов, 15 из которых относятся к шкале цифровой эскапизм (побег в виртуальную среду), 15 – к шкале Цифровой аскетизм (осознанное ограничение потребления Интернета), 20 – к шкале Склонность к эскапизму (общий эскапизм). Для определения уровня согласия/несогласия с утверждением использовалась 5-балльная шкала Лайкерта. Проверка результатов на нормальность распределения, согласно анализу по критерию Колмогорова-Смирнова, показала, что переменные по всем трём шкалам методики («Общий эскапизм», «Цифровой эскапизм», «Цифровой аскетизм») имеют распределение, не значительно отличающееся от нормального. Для определения границ каждой шкалы был использован метод контрастных значений, то есть граница между средним и высоким показателем составила сумму среднего и ¼ стандартного отклонения, а граница между средним и низким показателем составила сумму среднего и –¼ стандартного отклонения.

Пороговые значения низких и высоких показателей по шкалам: «Цифровой эскапизм» – 30.6 и 35.5, «Цифровой аскетизм» – 41 и 46,9, «Общий эскапизм» – 54 и 59,9. В результате исследования участники были разделены на четыре группы. В 1 группу вошли респонденты, не имеющие склонности к эскапизму, в том числе цифровому (19%), во 2 группу – имеющие склонность к цифровому эскапизму (24%), в 3 группу – имеющие склонность к цифровому аскетизму (осознанному ограничению потребления Интернета) (38%), в 4 группу – имеющие склонность к эскапизму в целом (19%).

Результаты. В исследовании принимали участие две приблизительно равные по количеству возрастные группы: 18–20 лет и 21–25 лет. По результатам сравнения, в группе более молодых респондентов одинаковое число участников склонны как к цифровому, так и к общему эскапизму (50% и 50% соответственно). В более старшей группе преобладает склонность к цифровому эскапизму (67%) над склонностью к общему эскапизму (33%). В группе юношей 75% человек склонны к цифровому эскапизму, и столько же – к общему эскапизму. Среди девушек у 16,6% участниц была выражена склонность к цифровому эскапизму, и у 16% – к общему. Распределение по роду деятельности показало, что в группе респондентов, деятельность которых связана с постоянной активностью в Сети, лишь у 37,5% человек наблюдаются высокие показатели по шкале «Цифровой эскапизм»; по шкале «Общий эскапизм» – у 50% человек высокие показатели. В группе людей, у которых род деятельности не связан с постоянной активностью в Сети, нет ни одного участника с высокими показателями по шкале «Общий эскапизм». В то же время этой группе по шкале «Цифровой эскапизм» высокие значения наблюдаются у 28,5% человек.

Кроме того, сравнение выделенных групп по средним показателям социальной тревоги, измеренной с помощью методики «Шкала социальной тревожности Либовица» (адаптация И.В. Григорьева, С.Н. Ениколопов, 2016), показало, что социальная тревога значимо выше в группе с цифровым эскапизмом по сравнению с тремя остальными группами (на уровне значимости $\alpha = 0,05$).

Заключение. Таким образом, пилотажное исследование показало, что шкала «Цифровой эскапизм», с одной стороны, связана с общим эскапизмом, с другой, – имеет специфичность и может быть использована как самостоятельная характеристика.

Литература

1. Баева Л.В. Эскапизм в цифровом социуме от хикикомори до «групп смерти» // Ценности и Смыслы. 2018. 2(54). С. 53–68.
2. Бочарникова И.С. Молодежный эскапизм в цифровом пространстве // Caspium securitatis: журнал каспийской безопасности. 2024. Т. 4. № 1. С. 49–60. DOI: 10.54398/2713-024X.2024.4.1.004
3. Лисенкова А.А., Труфанова Е.О. Цифровой эскапизм – от аддикции до аскетизма) // Galactica Media: Journal of Media Studies. 2023. No 3. ISSN: 2658–7734 General Theory | https://doi.org/10.46539/gmd.v5i3.412 С. 17–34).
4. Теславская, О.И., Савченко, Т.Н. Субъективное качество жизни и психологическая адаптация у лиц с низким, средним и высоким уровнем эскапизма // Экспериментальная психология, 2019. 12 (2), 162–176. https://doi.org/10.17759/exppsy.2019120212.

5. Шалагинова К.С., Декина Е.В., Клочнева Д.А. Эскапизм и видеоигровая аддикция у подростков // Психолого-педагогические исследования 2023. Том 15. № 4. С. 97–110. DOI: https://doi.org/10.17759/psyedu.2023150406 ISSN: 2587–6139 (online).

«Специфические» и «универсальные» профили посттравматического роста у онкологических пациентов

Кленкова А.Д.
РязГМУ, Рязань, Россия
antrusowa@gmail.com

Ключевые слова: посттравматический рост, колоректальный рак, пациенты с онкологическими заболеваниями

“Specific” and “universal” profiles of posttraumatic growth in cancer patients

Klenkova A.D.
Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
antrusowa@gmail.com

Keywords: posttraumatic growth, colorectal cancer, oncological patients

Введение. Онкологическое заболевание и связанное с ним лечение относят к психотравмирующим событиям, которые вызывают изменения в привычной жизни пациентов. Одним из вариантов адаптации выступает феномен посттравматического роста (ПТР) [1]. ПТР рассматривается как вариант переживания и осмысления травматического опыта, при котором человек не только «восстанавливается», но и приобретает позитивные изменения в различных сферах жизни. У онкологических пациентов ПТР может проявляться в расширении жизненных возможностей, переоценке ценности жизни, укреплении межличностных отношений, усилении личной устойчивости и духовных изменениях. Выраженность компонентов ПТР существенно варьируется среди пациентов, что может быть обусловлено влиянием множества факторов: социально-демографических, анамнестических, клинико-психологических.

Актуальность исследования обусловлена отсутствием единого и непротиворечивого представления о проявлениях посттравматического роста у онкологических пациентов, а также недостаточной изученностью специфики его компонентов и их взаимосвязей в данной клинической группе.

В рамках исследования предпринята попытка выявления различных профилей посттравматического роста у онкологических пациентов.

Материалы и методы. В исследование было включено 54 пациента с колоректальным раком II—III стадии, средний возраст которых составлял 37±7 лет. Время с момента установления диагноза в пределах 8–15 месяцев. На момент проведения исследования у пациентов отсутствовали дополнительные травмирующие события, способные влиять на динамику посттравматического роста и психологическое состояние. Все участники характеризовались значительным уровнем посттравматического роста, выявленным с помощью «Опросника посттравматического роста» (ОПТР). Использовались следующие методики: «Шкала субъективной оценки воздействия травматического события (адаптация Н.В. Тарабриной)», Методика оценки качества жизни онкологических пациентов с колоректальным раком EORTC QLQ-C30 (версия 3) и EORTC QLQ-CR29 Scoring Manual, «Опросник исследования здоровьесберегающей деятельности (ИЗД) Н.В. Яковлевой»; «Шкала субъективной витальности как состояния (Vt-s)» Л.А. Алесандровой, «Опросник совладания со стрессом» (COPE) (версия Е.А. Иванова, Н.Г. Гаранян), «Шкала общей самоэффективности» Р. Шварцера, М. Ерусалема, «Тест оценки оптимистического атрибутивного стиля СТОУН-В» Т.О. Гордеевой. Для статистической обработки результатов применялся кластерный анализ методом k-средних.

Результаты. Анализ полученной кластерной структуры позволил выделить 5 выраженных кластерных групп. Два из них характеризуются относительно сбалансированным распределением компонентов посттравматического роста. В остальных трёх кластерах наблюдается доминирование определённого компонента, что отражает специфику адаптационных реакций и особенности переживания травматического опыта.

Кластер 1 (9 человек) характеризуется доминированием компонента «Новые возможности», при этом низкие показатели «ценности жизни» и «отношения к другим». Для пациентов этой группы так же характеры копинги «планирование» и «принятие». Самооценка умеренно снижена, средняя жизнестойкость и способность к самоэффективным действиям сохраняют внутренний ресурс устойчивости. Эмоциональный фон характеризуется умеренной тревогой на фоне относительно стабильного «эмоционального функционирования» и снижения физической активности.

Кластер 3 (12 человек) – наиболее высокие показатели «Отношение к другим». Демографически – это самая молодая группа с преимущественно высоким уровнем образования, наличием работы, но без создания собственной семьи, что может влиять на особенности социальной и эмоциональной поддержки. Профиль отличается умеренным уровнем

самооценки и высокой жизнестойкостью, а также повышенной самоэффективностью, что указывает на уверенность в собственных силах при эффективном взаимодействии с окружением. В межличностных отношениях у представителей кластера проявляется оптимистичный настрой, способствующий развитию доверия и положительных социальных контактов.

Кластер 5 (11 человек) характеризуется выраженным параметром «Повышение ценности жизни» при низких значениях по шкалам «Новые возможности» и «Сила личности». Пациенты демонстрируют высокую жизнестойкость и активную социальную вовлечённость, активно используя поддержку окружения как основной ресурс психологической адаптации. Несмотря на сильные жалобы на физическое, социальное и финансовое функционирование, эта группа сохраняет внутреннюю мотивацию к планированию и принятию текущей ситуации, а также склонность к использованию копинга «обращение к религии» как дополнительному ресурсу.

Кластеры 2 и 4 (22 человека) демонстрируют относительно сбалансированное распределение компонентов ПТР. Это может быть выступать как универсальный профиль, характеризующийся комплексным и гармоничным развитием посттравматического роста без выраженного доминирования какого-либо отдельного компонента, что потенциально обеспечивает более устойчивую и эффективную посттравматическую адаптацию.

Выводы. В исследовании выявлена неоднородность проявлений компонентов ПТР в группе пациентов с колоректальным раком. Специфические профили посттравматического роста отражают доминирование отдельных компонентов, универсальные профили характеризуются гармоничным распределением всех компонентов ПТР, что ассоциируется с более устойчивым эмоциональным фоном, адаптивным использованием ресурсов социальной поддержки и высшей эффективностью процессов психологической адаптации в условиях онкологического заболевания.

Литература

1. Кленкова А.Д., Фаустова А.Г. Через болезнь к росту: контент-аналитическое исследование посттравматического роста у онкологических пациентов // Новые психологические исследования. 2025. № 1. С. 206–225. DOI: 10.51217/npsyresearch_2025_05_01_09

Возможности применения эмоциональных изображений при исследовании эмоциональной сферы подростков – пациентов психиатрического стационара

Коваль-Зайцев А.А., Бритова В.С., Горнушенков И.Д., Тыдень Е.А.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
kovalzaytsev@gmail.com

Ключевые слова: эмоциональная реактивность, аффективные изображения, психическая патология, подростки

The Potential of Affective Images in the Study of the Emotional Sphere of Adolescent Inpatients

Koval-Zaitsev A.A., Britova V.S., Gornushenkov I.D., Tyden E.A.
Federal State Budgetary Institution «Mental Health Research Center», Moscow, Russia
kovalzaytsev@gmail.com

Keywords: emotional reactivity, affective images, mental pathology, adolescents

Введение. Исследование эмоциональной реактивности при психической патологии путем предъявления пациентам эмоционально окрашенных изображений – широко представленное за рубежом направление клинической психологии [1, 2]. Для этого разработаны специальные базы данных с изображениями, оцененными по параметрам валентности и уровня возбуждения, например International Affective Picture System и другие [1].

Изучение эмоциональной реактивности путем предъявления аффективных изображений позволяет экспериментально оценить симптомы эмоциональной дизрегуляции, такие как эмоциональное уплощение (в случае недооценки нормативного уровня возбуждения соответствующего изображения), искажение эмоциональной сферы (в случае изменений при оценке валентности изображений), повышенная эмоциональная реактивность, или «патологическая пристрастность» (в случае переоценки уровня возбуждения), и другие нарушения эмоциональной сферы

(например, в случае ошибок при оценке изображений с только положительной или отрицательной валентностью).

В русскоязычных публикациях последних лет представлены подобные методики оценки эмоциональной сферы, однако они отличаются узким полем применения, в частности направлены на исследование восприятия опасности [3] и эмоциональной оценки восприятия природной и техногенной среды [4].

В связи с востребованностью объективных и стандартизованных методов комплексной оценки эмоциональной сферы при психической патологии (и особенно в клинике детского и подросткового возрастов) нами были предприняты шаги для разработки подобной методики, основанной на самооценке восприятия эмоциональных изображений.

Материалы и методы. Для отбора изображений использовалась открытая база данных эмоциональных картин – Open Affective Standardized Image Set (OASIS). База данный представляет собой пул изображений с измеренными параметрами валентности и уровня возбуждения для каждого из изображений [1]. Для самооценки измеряемых параметров эмоционального отклика была использована 9-балльная шкала с опорой на графическую методику The Self-Assessment Manikin [2], специально разработанная и широко применяемая для указанных целей.

Из базы данных было отобрано 54 изображения, расположенных на всем спектре распределения по шкалам валентности и уровня возбуждения, чтобы обеспечить максимальную сенситивность будущей методики к возможным отклонениям. Изображения включали изображения людей, животных, а также неодушевленных объектов, что в перспективе позволит отдельно оценить реакцию на социальные и несоциальные стимулы.

Методика предполагает количественную и качественную оценку результатов. Количественные критерии включают параметры соответствия по шкалам валентности и уровня возбуждения, предполагающие измерение общей адекватности эмоционального отклика и его силы, а также дополнительные параметры, отражающие направленность и степень возможных отклонений.

В рамках апробации методики были обследованы 40 подростков в возрасте от 11 до 16 лет из разных нозологических групп, проходивших лечение в Институте детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты. Рассчитаны показатели соответствия по шкалам валентности и уровня возбуждения в группе подростков с психической патологией. Средние значения составляют 38,5 и 40,3 соответственно со стандартными отклонениями – 13,5 и 18,7, минимальными значениями – 16,7 и 3,7, максимальными значениями – 53,7 и 57,4.

Для демонстрации примеров клинического применения количественных критериев анализа были отобраны пациенты с крайними вариантами оценок по описанным выше шкалам.

Пример 1. Девочка, 11 лет, диагноз – F91.1 Несоциализированное расстройство поведения. Из истории болезни: «…состояние определяется приподнятым фоном настроения с эпизодами кратковременного ситуативно спровоцированных дисфорических реакций, нарушением поведения». Получены наиболее высокие баллы по критериям, оценивающим направленность отклонений по шкалам валентности и уровня возбуждения.

Пример 2. Мальчик, 12 лет, диагноз – F 90 Гиперкинетическое расстройство, аффективно-смешанное состояние с преобладанием нарушений поведения. Из истории болезни: «…состояние при поступлении определяется выраженной эмоциональной лабильностью, многоречивостью, неусидчивостью, трудностями концентрации внимания… Настроение снижено, тревожен, плаксив, переживает, что он останется в отделение надолго». Получен наиболее низкий балл по критерию, оценивающему направленность отклонений по шкале валентности.

Пример 3. Мальчик, 13 лет, диагноз – F92.8 Смешанное расстройство поведения и эмоций, депрессивный синдром. Из истории болезни: «… клиническая картина на момент поступления определяется реактивно спровоцированным депрессивным состоянием с выраженным меланхолическим и апатическим аффектом, слезливостью, идеями самообвинения, отсутствием перспективы, обеднением интересов и влечений, нестойкими антивитальными размышлениями». Получен наиболее низкий балл по критерию, оценивающему направленность отклонений по шкале уровня возбуждения.

Выводы. Предварительно группы подростков с психической патологией демонстрирует сниженные показатели адекватности эмоционального отклика и его силы (при сравнении с нормативными данными, предоставленными авторами базы данных Open Affective Standardized Image Set). Качественная оценка демонстрирует достаточное совпадение результатов количественной оценки эмоционального отклика с текущим психическим статусом пациентов.

Литература

1. Kurdi B., Lozano S., Banaji M.R. Introducing the Open Affective Standardized Image Set (OASIS) // Behavior Research Methods. 2017. Vol. 49, № 2. P. 457–470. DOI: 10.3758/s13428-016-0715-3
2. Ahmad M.D. et al. Open Affective Standardized Image Set (OASIS) using Self-Assessment Manikin (SAM) Valence on Early Adult Population // Scientia. 2024. Т. 3. № . 1. С. 70–78. DOI: 10.51773/sssh.v3i1.256

3. Вещикова М.И. Патопсихологическое исследование восприятия опасности // Медицинская психология в России. 2021. Т. 13, № 3. DOI: 10.24412/2219-8245-2021-3-5
4. Разумникова О.М., Юшкова А.В. Особенности эмоциональной оценки восприятия природной и техногенной среды мужчинами и женщинами // Экспериментальная психология. 2025. Т. 18, № 1. С. 155–168. DOI: 10.17759/exppsy.2025180110

Цена простых ответов: как редукционизм обедняет практику и замыкает психиатрию в себе

Коломыцев Д.Ю.
Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия
d.kolomytsev@icloud.com

Ключевые слова: редукционизм, психиатрия, психопатология, мировоззрение психиатра, кризис

The cost of simple answers: how reductionism impoverishes practice and isolates psychiatry

Kolomytsev D.Yu.
Omsk State Medical University, Omsk, Russia
d.kolomytsev@icloud.com

Keywords: reductionism, psychiatry, psychopathology, psychiatrist's worldview, crisis

Современная психиатрия существует в пространстве фундаментального парадокса. Её уникальным объектом является человеческая субъективность во всей её неповторимости. Однако сама дисциплина всё больше тяготеет к языку, методам и имплицитной метафизике, которые эту субъективность систематически отрицают или редуцируют до удобных, но концептуально бедных схем. Этот внутренний разлад представляет собой главный источник методологической слабости, которая ведет к выхолащиванию практики и неспособности выстроить полноценный диалог с нейронауками. Биологический редукционизм сегодня – это установка «по умолчанию», воспроизводимая образованием, классификациями, исследовательскими программами и требованиями системы здравоохранения. Ее зыбкой философской основой является пассивность перед необъятной сложностью сознания.

Наше эмпирическое исследование некоторых мировоззренческих позиций молодых психиатров демонстрирует, что современный российский психиатр пребывает в состоянии методологического разлома. Формально декларируя приверженность биопсихосоциальной модели

и «широте взглядов» (70% респондентов), на деле большинство специалистов оказывается заложниками неотрефлексированного физикализма. Так, 69% респондентов прямо отождествляют феноменальное сознание с физико-химическими процессами в мозге, но при этом 40% тут же признают возможность сознания у сильного ИИ, а 20% полагают, что ИИ и в нынешнем виде обладает феноменальным сознанием. Таким образом, декларируемая биоредукционистская позиция на деле оказывается разновидностью стихийного и непродуманного материализма.

Клиническим воплощением этого кризиса является прогрессирующая «смерть феноменологии». Ядро диагностики смещается с герменевтики субъективного мира, с попытки понять «каково это» – быть этим человеком, в сторону регистрации объективных, легко верифицируемых маркеров: поведения, когнитивных сбоев, данных опросников. Лишь 12% опрошенных видят приоритетом диагностики болезненные формы переживания, остальные находят прибежище в различного рода объективных данных. Следует констатировать, что существует реальный риск окончательной утраты самого предмета психопатологии, подмены его суррогатами. Терапевтические отношения всё чаще редуцируются до функции технического обеспечения комплаенса, до «услуги» в рамках рыночной модели медицины (лишь 46,7% видят в терапевтических отношениях неотъемлемую часть лечения).

При этом эмпирические данные выявляют и латентный запрос на методологическую рефлексию. Наряду с кластером «противоречивых физикалистов» (40%, n=48), обнаруживается и кластер «рефлексирующих физикалистов» (29,2%, n=35), в комплексе ответов которых прослеживается философская попытка «примирить» декларируемые редукционистские взгляды с интуициями, которые не укладываются в жесткий детерминизм. Обнаруживается и своеобразное «стихийное сопротивление» редукционизму: треть (30,8%, n=37) респондентов занимают нередукционистские позиции (панпсихизм, дуализм, мистерианство). 20,8% респондентов занимают явную критическую позицию по отношению к мейнстриму: скептически настроены по поводу возможностей нейронаук в психиатрии, признают неизвестность причин или условность психических расстройств, в некоторых вопросах придерживаются антипсихиатрической риторики гуманистического толка. Эти противоречия свидетельствуют о глубокой, хотя и не оформленной концептуально, потребности в целостном понимании психического расстройства.

Мы полагаем, помимо вышесказанного, что редукционизм фатально ограничивает диалог психиатрии с нейронауками. Психиатрия, ожидающая от нейробиологии «окончательных ответов», уподобляется наивному ученику, ждущему готовых решений от учителя, который сам

находится в состоянии методологического хаоса. Упрощенная философская позиция, характерная для мейнстрима психиатрии приводит к закрытию от всего богатства современных теорий сознания, которые не сводят психическое к простым коррелятам. Интегрированная теория информации (Тонони), пространственно-временная теория (Нортхофф), энактивизм – все эти направления предлагают нередукционистские пути объяснения связи мозга и сознания, требующие серьёзной философской работы. Оставаясь же в плену «церебральной мифологии» (по выражению Ясперса), психиатрия способна воспринять лишь самые примитивные из нейробиологических нарративов, те, что укладываются в логику вульгарного материализма.

Таким образом, редукционизм замыкает психиатрию в двойной ловушке. Внутри – он лишает её собственного предмета и методологической целостности, подменяя феноменологический анализ регистрацией поверхностных маркеров. Вовне – обрекает на диалог глухих с нейронауками, где возможна лишь пассивная рецепция, но не активное соучастие в производстве смыслов. Выход из этой ситуации видится не в очередном повороте к «очередному» редукционизму, а в обретении метафизической зрелости. Необходимо вернуть психиатрии её философское измерение, сделать неявные установки предметом открытой рефлексии в образовании и супервизии. Важнейшей задачей становится переход от позиции «редукционистов поневоле» к статусу сознательных методологических плюралистов, способных говорить с нейронауками на равных. Только на этом пути можно вернуть в центр профессии ускользающую человеческую субъективность – ту самую, ради которой она и существует.

Социально-психологическая реабилитация глазами студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», и их отношение к производственной практике

Кольцова О.В., Масленникова С.А.
Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, Санкт-Петербург, Россия
ovkoltsova@yandex.ru, 113sv@mail.ru

Ключевые слова: социально-психологическая реабилитация, клиническая психология, производственная практика

Social and psychological rehabilitation through the eyes of students studying in the specialty “Clinical Psychology” and their attitude to industrial practice

Koltsova O.V., Maslennikova S.A.
Saint-Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, Saint Petersburg, Russia
ovkoltsova@yandex.ru, 113sv@mail.ru

Keywords: social and psychological rehabilitation, clinical psychology, industrial practice

Говоря о реабилитации больного человека в целом, мы подразумеваем конечный результат в виде возвращения человека к его основной (учебной, профессиональной) деятельности и участию в общественной жизни. Пациенту, страдающему хроническим заболеванием, приходится бороться со своим недугом всю жизнь. С учетом мультиморбидности в реабилитационных центрах реализуется комплексная мультпрофессиональная помощь, которая осуществляется в том числе и медицинскими психологами. Теоретические вопросы по психологической реабилитации еще недостаточно разработаны, что затрудняет формирование у студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология», целостного представления о системе реабилитации, знакомить с особенностями психологической реабилитации. Еще сложнее обстоит дело с освоением практических навыков, ознакомлением со спецификой

работы клинического психолога с разными группами реабилитируемых пациентов (людьми с нарушениями здоровья, хроническими и стрессозависимыми соматическими заболеваниями (в том числе инфекционными), со стойкими расстройствами функций организма; с детьми и лицами пожилого возраста) на основе междисциплинарного подхода.

Мы проанализировали отчеты по результатам производственной практики студентов в реабилитационных центрах продолжительностью четыре недели с целью получения обратной связи о полученном учебном опыте.

Методы. Отобраны отчеты по психокоррекционной и психодиагностической производственным практикам студентов, обучающихся по специальности «Клиническая психология» в Санкт-Петербургском государственном институте психологии и социальной работы, выбравшие в качестве базы практик учреждения, осуществляющие реабилитацию и сопровождение инвалидов и детей – инвалидов (в основном, подведомственных Комитету по социальной политике) в 2024/25 учебном году.

Результаты. Перед началом практики перед студентами ставились задачи планирования психологических вмешательств на основе результатов психодиагностики, оказания психологической помощи пациентам, участия в реабилитационных мероприятиях под наставничеством клинического психолога. Проанализированы отчеты 50 студентов. На основе контент-анализа отмечены следующие особенности отношения студентов к практике и понимания содержания процесса социально-психологической реабилитации:

1. Большинство практикантов подчеркивают ценность профессии медицинского психолога в реабилитационных мероприятиях:
   - «После прохождения практики я сделала вывод о том, что работа клинического психолога в реабилитационном центре требует высоких профессиональных навыков и знаний об особенностях развития детей разного возраста, умений наблюдать, диагностировать и выявлять индивидуальные личностные особенности каждого ребенка».
   - «Большее впечатление на меня произвела работа с пациентами, проходящими реабилитацию после инсульта – их стремление и усилия вдохновили меня на дальнейшее развитие в профессии».
   - «Мы увидели, в каких условиях проходит ежедневная работа клинического психолога, и это дало мне представление о различных аспектах профессии».
2. Выявление важных аспектов межпрофессионального взаимодействия:
   - «У меня более чётко сформировалось представление о будущих направлениях работы, мне было интересно попробовать проведение психодиагностики в ПНД и сотрудничать с психиатром и неврологом».

3. Эмоционально-ценностный компонент работы с больными – важная часть профессии:
   - «За 24 года работы десятки тысяч человеческих жизней соприкоснулись с этим центром, по разным причинам… Детей, нуждающихся в горячем сердечном участии, сбитых с толку господствующим в их мире беспорядком окружающей среды и нуждающихся в здравомыслящем близком человеке, неумелых по причине необученности и ждущих тех, кто научит их творить полезное и красивое, их так много…».
4. Сожаление, что в некоторых центрах реабилитации нет медицинских психологов:
   - «Во время прохождения практики в Центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов основными наставниками выступали два психолога… Однако в учреждении отсутствовали клинические психологи, что ограничивало спектр профессиональных задач и возможность углублённого изучения специфики работы с особыми категориями клиентов».
5. Студенты видят современные условия, эффективные и разнообразные способы, приемы реабилитационной деятельности:
   - «На меня произвел впечатление сам центр, я был несколько удивлен, что центр очень современный и имеет большое количество различных процедур и программ реабилитации».
   - «Несмотря на сложные условия, практика позволила ознакомиться с системой социальной реабилитации, понять проблемы организации психокоррекционной работы в подобных учреждениях и осознать важность системного подхода в психологической практике».
6. Профессиональные контакты, повышающие готовность к освоению профессии медицинского психолога:
   - «Все психологи, врачи, работники на этой базе практики добры, позитивны и активны. В их обществе приятно находится, приветствуются вопросы и инициатива, очень важным для нас было то, что не только показали нам методики, но и поделились. После прохождения практики у меня осталась огромная коллекция методик, подготовленных для работы».
   - «Работа над отчётом помогла мне структурировать знания в психокоррекции и увидеть, как пациенты, несмотря на трудности, стремятся к обучению и развитию. Я заинтересовалась ролью медицинского психолога в реабилитации и поняла, что внимание к индивидуальным потребностям и позитивное подкрепление способствуют значимым достижениям».

Заключение. Студентам, обучающимся по специальности «Клиническая психология», при выборе базы практики необходимо активно

рекомендовать Центры социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, психоневрологические диспансеры, где в рамках психодиагностической и психокоррекционной практики они могут осваивать и совершенствовать свои знания и навыки. Пациенты в данных учреждениях, с одной стороны, имеют хронические заболевания и нуждаются в психологической помощи для адаптации к изменениям жизни в связи с заболеваниями (психиатрическими или соматическими; при мультиморбидности), с другой стороны, чаще находятся в ремиссии, то есть доступны для контакта с психологом.

После окончания практики у большинства студентов сформировалось представление о содержании процесса социально-психологической реабилитации, положительное отношение к практике в реабилитационных центрах и, в целом, к выбранной профессии.

Возможности и перспективы использования шкалы «душевная боль» в клинике с целью определения уровня суицидального риска

Комарова А.Н.
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
asya.pas@yandex.ru

Ключевые слова: депрессия, суицидальный риск, душевная боль

Possibilities and prospects of using the Mental pain scale in the clinic to determine the level of suicide risk

Komarova A.N.
Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russian Federation
asya.pas@yandex.ru

Keywords: depression, suicide risk, mental pain

Введение. Актуальность исследования обусловлена высоким уровнем распространенности суицидального поведения среди представителей всех слоев населения и возрастов. Несмотря на то, что в период с 2011 по 2021 годы уровень самоубийств в России снизился, высокий уровень смертности среди суицидентов остается актуальной медицинской, социальной и этической проблемой [1].

Согласно ряду исследований [2, 3] одним из факторов, приводящих к принятию решения о совершении суицидальной попытки, является переживание душевной боли, связанной с чувствами безнадежности, утраты, гнева и горя. Душевная боль для многих суицидентов выступает в качестве решающего триггера для совершения суицида, что также подтверждают результаты нашего исследования.

Целью нашей работы являлась проверка шкалы «Душевная боль» для определения уровня суицидального риска у пациентов с расстройствами депрессивного спектра в качестве альтернативы используемой в системе здравоохранения «Колумбийской шкале серьезности суицидальных

намерений». Мы предполагали, что данная методика является такой же чувствительной, но при этом понятнее и проще как для заполнения пациентом, так и для дальнейшей интерпретации полученных данных специалистом.

Материалы и методы. В выборку были включены 48 пациентов с расстройствами настроения (F30-F39), проходившие лечение стационарно и амбулаторно в возрасте от 19 до 55 лет. Средний возраст выборки составил 30,72±10,1. Все пациенты на момент обследования получали медикаментозную терапию. В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики: Шкала «Душевная боль» в адаптации Чистопольской К.А., Журавлевой Т.В. и соавторов; «Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений» (C-SSRS); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Результаты исследования показали, что у всех обследованных нами пациентов с расстройствами депрессивного спектра наблюдался риск совершения суицидальной попытки: у большинства респондентов был выявлен умеренный и повышенный риск суицидального поведения.

По результатам контент-анализа Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидального риска нами было установлено, что 73% пациентов отмечали у себя за последний месяц мысли о желании уйти из жизни или уснуть и не проснуться. При этом у 76% пациентов, сообщающих о наличии суицидальных идей и намерений, определяющим фактором для подобного решения служило угнетенное эмоциональное состояние, характеризующееся внутренней пустотой, чувствами бессилия, отчаяния и безнадежности, а также «чувством невыносимости реальности».

Нами был обнаружен значимый уровень корреляции между уровнем душевной боли и уровнями тревоги и депрессии у пациентов с расстройствами депрессивного спектра, что подтверждает точку зрения о том, что субъективно испытываемая пациентами душевная боль является одним из проявлений расстройств тревожно-депрессивного спектра. Одновременно с этим, высокий уровень корреляции между уровнем субъективно испытываемой пациентами душевной боли и оценкой суицидального риска по шкале C-SSRS, позволяет говорить о возможности использования шкалы «Душевная боль» в клинике для определения уровня риска совершения пациентами суицидальной попытки. Данная шкала представляется нам более показательной по сравнению с «Колумбийской шкалой серьезности суицидальных намерений» и более предпочтительной в оценке суицидальных рисков. Наибольшая интенсивность суицидальных идей отмечается у пациентов с высоким уровнем душевной боли ($\geqslant$43 баллов), что подтверждает валидность опросника, и позволяет делать выводы о высоком риске совершения истинной суицидальной попытки у данной группы пациентов.

Статистически значимое различие между группами с низким и повышенным уровнями душевной боли в отношении интенсивности суицидальных идей и уровня депрессии по шкале HADS, может косвенно свидетельствовать о высоком риске совершения суицидальной попытки именно в группе пациентов с повышенным уровнем душевной боли.

Выводы: У пациентов с расстройствами депрессивного спектра регистрируется, преимущественно, умеренный и повышенный уровни душевной боли. Наиболее суицидоопасной группой выступают пациенты с повышенным уровнем душевной боли.

Уровень душевной боли обнаруживает значимые высокий корреляции с субшкалами «Колумбийской шкалы серьезности суицидальных намерений», что позволяет рассматривать шкалу «Душевная боль» в качестве более предпочтительной для использования в клинической практике в связи с ее диагностической чувствительностью в отношении оценки риска совершения суицидальной попытки.

Литература

1. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/neschastnye-sluchai-nasilie-samoubijstva-travmy/3522.html
2. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. 315 с.
3. Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска // Психологические исследования. 2023. № 90.

О специфике нейропсихологической коррекции в форме музыкального занятия для ребенка с ТМНР

Константинова И.С.
РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия
irekons@gmail.com

Ключевые слова: тяжелые множественные нарушения развития, нейропсихологическая коррекция, музыкальное занятие

On the specifics of neuropsychological correction in the form of music lessons for a child with SMDD

Konstantinova I.
Center for Curative Pedagogics, Moscow, Russia
irekons@gmail.com

Keywords: severe multiple developmental disabilities, neuropsychological correction, music lessons

Нейропсихология детского возраста – относительно молодая наука. В последние годы она распространяется на все более разнообразные категории детей и подростков: если в прошлом столетии клиентами нейропсихолога были в основном нормативно развивающиеся школьники и старшие дошкольники, испытывающие трудности обучения, то сейчас можно встретить и нейропсихологические описания детей раннего возраста, и анализ тяжелых нарушений развития, и попытки объяснить с точки зрения мозговых механизмов такие особенности, как аутизм – а также предложить способы коррекции соответствующих нарушений [Т.Г. Визель, 2021; Т.Г. Горячева, Ю.В. Никитина, 2018]. Многолетний опыт работы с детьми, имеющими тяжелые нарушения развития, показывает, что нейропсихологический анализ особенностей и сложностей применим и здесь. В свою очередь, понимание закономерностей формирования многих особенностей, которые демонстрируют дети с ТМНР, позволяет сформировать и реализовать программу коррекции, которая, хоть и не избавит ребенка от выраженного дефицита моторной сферы при ДЦП или нарушений интеллекта при синдроме

Дауна, но позволит в определенной степени скомпенсировать некоторые нарушения, поможет ребенку адаптироваться, стать более активным и успешным в разных областях жизни.

Анализируя особенности развития ребенка с ТМНР, которые проявляются в его поведении, в игре, при выполнении заданий, в повседневной активности, в общении с окружающими, можно отметить проявления слабости всех трех функциональных блоков мозга, а также межполушарного взаимодействия. Как правило, дети с ТМНР отличаются низким темпом активности и реагирования на события, трудностями включения в деятельность и высокой истощаемостью в самых разных процессах, в т.ч. игре [Организация…, 2023]. Это яркие признаки слабости энергетического блока мозга, на фоне которой закономерно дефицитарно развиваются более высокие отделы нервной системы и связанные с ними составляющие ВПФ. Если говорить о втором блоке, то наиболее очевидно у детей выступает отставание в формировании пространственно-временных представлений, хотя и более элементарные процессы также имеют свою специфику. Формирование структур третьего блока, которое и в норме растягивается до подросткового (а по некоторым данным – взрослого) возраста, при ТМНР задерживается особенно сильно. Проявляется эта задержка часто в бедности интересов (в т.ч. игры), выраженных трудностях организации собственной активности в быту, обучении и т.д. Дополнительным фактором, затрудняющим для ребенка участие в более или менее сложных видах деятельности, являются особенности моторики, сенсорной сферы, специфика эмоционально-волевой сферы и другие нарушения, которые в структуре того или иного синдрома рассматриваются как первичные. В результате ребенок не может активно и эффективно участвовать в учебной деятельности, по крайней мере в привычной большинству педагогов и психологов форме. В последние годы появляется все больше новых методик развития и обучения детей с ТМНР, возникают новые формы психолого-педагогической работы, в той или иной степени учитывающие особенности ученика с тяжелым нарушением, его возможности и специфические потребности. Одной из форм такой работы может стать специальным образом организованное музыкальное занятие.

В процессе музыкального взаимодействия специалист имеет возможность обратиться к средствам самой музыки (эмоциональность, выразительность, ритм и др.). Подбирая соответствующую музыку, можно помогать ребенку регулировать собственное эмоциональное состояние, а вместе с ним уровень активности, тонуса нервной системы. Однако музыка – это далеко не все, что оказывает воздействие на ребенка на занятии. Гораздо более важно, в какое взаимодействие вступает

с ребенком специалист, какую деятельность ему предлагает, как реагирует на поведение ребенка и пр. Варьируя сложность музыкальных игр, психолог может формировать у ребенка ощущение успеха или, наоборот, «вызова», азарта – все это в комплексе со звучащей музыкой оказывает воздействие на его психический тонус, состояние структур энергетического блока мозга. Также здесь надо упомянуть и сенсорные ощущения, которые дает и прослушивание музыки, и участие в активном движении (танец, игра на барабане и пр.). Зачастую после музыкального занятия дети, в другое время крайне пассивные, получают такой «заряд бодрости», который позволяет им затем участвовать еще в 1–2 занятиях, а занятия, которым не предшествует музыка, остаются для него недоступными. Если же музыкальные занятия регулярно проводятся в течение долгого времени, их эффект накапливается, суммируется, и возможности самостоятельной регуляции уровня бодрствования ребенка возрастают, он становится в целом более активным, и его активность уже в меньшей степени зависит от того, доступны ли ему в данный момент музыкальные способы активации.

Музыкальное занятие позволяет работать и над формированием пространственно-временных представлений, в первую очередь их базовых составляющих [А.В. Семенович, 2007]. Благодаря движению под музыку ребенок получает ощущения от разных частей собственного тела, а ритм помогает ему упорядочить их, сделать более предсказуемыми и понятными. Бывает, что именно музыкальные игры помогают ребенку сделать первые шаги в освоении схемы тела, устройства окружающего пространства и наполняющих его предметов.

Очень важную роль играют музыкальные занятия в формировании процессов планирования, регуляции и контроля поведения и элементарных форм деятельности (в случае ТМНР далеко не всегда можно говорить о сложных формах). Опора на ритм музыки, на текст (если ребенок в достаточной степени понимает речь), возможность многократного повторения позволяет освоить новые действия и их последовательность. Многим детям именно музыка помогает преодолеть свойственную им инертность, научиться своевременно переключаться с одного движения на другое. Наконец, если возможности позволяют, а занятие представляет достаточный интерес для ребенка, специалист может поставить и успешно решать задачу не просто выполнения инструкций или действия пол подражанию, а самостоятельного планирования процесса, контроля за его выполнением и коррекции при необходимости: вместе с ребенком он может составлять план занятия, сочинять песню или создавать новую музыкальную игру.

Таким образом, музыкальное занятие предоставляет специалисту широкие возможности по развитию различных составляющих ВПФ. Это позволяет рассматривать его как эффективную форму нейропсихологической коррекции, что особенно важно в случае тяжелых нарушений развития.

Литература

1. Визель Т.Г. Проблемы речевого развития детей: в поисках решений. – Когито-Центр, 2021. 238 с.
2. Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции: Учебно-методическое пособие. М.: Генезис, 2018. 168 с.
3. Организация комплексной помощи детям-инвалидам в соответствии со Стандартом по развивающему уходу. В 2-х частях; под ред. О.С. Бояршиновой. М. Теревинф, 2023. 171 с.
4. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. Генезис, 2007. 474 с.

Особенности оказания психологической помощи больным сахарным диабетом 2 типа

Кошанская А.Г.
ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», Медицинский институт ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», Майкоп, Россия
koangen@list.ru

Ключевые слова: сахарный диабет II тип, психологическая помощь, компенсация диабета, эмоциональное состояние, личностные особенности

Features of providing psychological assistance to patients with type 2 diabetes

Koshanskaya A.G.
Adygea State University, Medical Institute of Maikop State Technological University, Maikop, Russia
koangen@list.ru

Keywords: type 2 diabetes, psychological assistance, diabetes compensation, emotional state, personality traits

Введение. Сахарный диабет (СД) II типа является одним из самых распространенных эндокринных заболеваний, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным, общая численность пациентов с СД в РФ, состоящих на диспансерном учете, на 01.01.2023 г., по данным ФРСД, составила 4 962 762 (3,31% населения РФ), из них с СД II типа 92,33% (4,58 млн.) [Дедов И.И. и др., 2023]. Данное заболевание ассоциируется с развитием атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, хронической сердечной недостаточности, хронической болезни почек [Доскина Е.В., Кочергина И.И., 2013]. Эффективность лечения в значительной степени определятся адекватной психологической установкой больного на соблюдение терапевтического режима и требует от пациента изменения образа жизни. Существует мнение, что болезнь меняет психологическое состояние больных СД II типа, усиливая спектр негативных эмоций, что отражается на приверженности к лечению с риском развития осложнений уже на ранних этапах нарушения углеводного обмена [Яркова Н.А., 2016]. Процесс оказания

психологической помощи больным СД II типа способствует приобретению ими новых форм опыта и грамотного участия в лечении.

Материал и методы исследования. На базе эндокринологического отделения ГБУЗРА «Адыгейская республиканская клиническая больница» нами обследовано 949 больных. Группу разделили на две подгруппы: 508 пациентов с инсулиннезависимым СД (ИНСД) и 441 – с инсулинпотребным СД (ИПСД). Сравнение показателей произведено с группой контроля (114 человек). Психологическая диагностика проведена методиками: опросником агрессивности А. Басса, М Перри; шкалами А. Бека депрессии, самооценки уровня тревоги и безнадежности**;** Торонтской Алекситимической Шкалой и опросником «Когнитивной регуляции эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга. Полученные данные обработаны при помощи программы Statistica 10.

Результаты. У 58% больных СД II типа возникают психологические трудности, которые проявляются в поведении неадекватном состоянию в виде сокращения частоты самоконтроля гликемии, нарушения диеты, пропуски приема сахароснижающих препаратов. Следует отметить, что некоторые пациенты самостоятельно преодолевают данные трудности, но большинство нуждается в психологическом сопровождении. Анализируя результаты по шкалам тревоги и депрессии А. Бека, выявлено, что у 54% пациентов с декомпенсированным течением заболевания и ИПСД преобладает умеренная степень проявления симптомов тревожно-депрессивного расстройства с повышением уровня алекситимии, по сравнению с респондентами I группы ($p=0,048$). Больные СД II типа не склонны к проявлению агрессии по сравнению с группой контроля ($p=0,222$), но при нарастании осложнений у пациентов II группы повышается уровень враждебности и безнадежности ($p=0,0215$; $r=0,31$). Они становятся резкими по отношению к окружающим и вспыльчивыми ($p=0.0034$), что взаимосвязано ($p=0,05$) с нарушениями пищевого поведения, так как стремятся к «заеданию стресса», способствуя развитию декомпенсированного течения заболевания. Многие пациенты склонны фиксировать свое внимание на сложностях своей жизни, переживают ситуацию соматического неблагополучия эмоционально, не воспринимая проблемную ситуацию как умственную задачу. Поэтому важна коррекция эмоциональных нарушений, проявляющихся в виде высокого уровня алекситимии, депрессии, апатии, внешней и внутренней агрессии. Отмечено, что больные испытывают эмоции, сходные с реакциями горя и потерь. Данное эмоциональное состояние возникает из-за множества ограничений и риска развития соматических осложнений, вызывающих ощущение потери контроля над собственной жизнью и будущим, что способствует формированию инвалидной жизненной позиции. Одной из важных

задач для специалистов, оказывающих психологическую помощь данной категории больных, является снижение активности деструктивных когнитивных стратегий преодоления стресса, которые чаще используются пациентами II группы. Деструктивные когнитивные стратегии такие как, самообвинение, руминация, катастрофизация и обвинение других в том, что случилось с ними, выявленные методикой «Когнитивная регуляция эмоций» взаимосвязаны с депрессивной симптоматикой ($p<0,05$) и диабетическими осложнениями у пациентов СД II типа.

Психологическое сопровождение должно носить индивидуальный, системный характер, содержащий гибкий тактический подход с комплексом методов, направленных на мотивирование пациента в достижении адекватного контроля заболевания. Психолог в форме побуждений и предложений помогает больному СД II типа думать, чувствовать и действовать. Особой формой психологических вмешательств является ситуация терапевтического обучения. Процесс обучения в Школе диабета затрагивает не только биомедицинские, но и психолого-социальные аспекты жизни с диабетом. Больные СД могут ощущать сильный дискомфорт при необходимости сделать инъекцию инсулина в общественном месте и своевременно принять пищу. При общении с врачами и родственниками больные используют обман, пытаясь избежать порицания их стороны, связанного с нарушением режима питания, контроля гликемии и приема сахороснижающих препаратов. В отношениях с окружающими у больных СД возможно повышение уровня конфликтности и враждебности, что практически всегда создает вокруг зону постоянной напряженности. Причиной этого чаще выступает желание найти виноватых за свое неблагоприятное состояние и декомпенсацию диабета. Благодаря взаимодействию с психологом больные СД II типа испытывает эмоциональное сопереживание и существенно повышают собственные возможности по управлению ситуацией и самим собой.

Выводы. Психологическая помощь больных СД II типа должна быть направлена на активизацию собственных ресурсов личности для выработки активной жизненной позиции, изменения системы отношений с окружающими, снятия эмоциональной напряженности, связанной с заболеванием, развития способности регулировать свое эмоциональное состояние. Процесс активности больного с СД II типа, направленный на приобретение новых форм опыта и грамотного участия в лечении, может быть достигнут при реализации индивидуального подхода оказания психологической помощи больным сахарным диабетом II типа с последующим продолжением обучения в Школе диабета.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А., Сазонова Д.В., Мокрышева Н.Г. Сахарный диабет

в Российской Федерации: динамика эпидемиологических показателей по данным Федерального регистра сахарного диабета за период 2010–2022 гг. // Сахарный диабет. 2023. № 26(2). С. 104–123. URL: https://doi.org/10.14341/DM13035

2. Доскина Е.В., Кочергина И.И. Новые возможности ведения больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа / Е.В. Доскина, И.И. Кочергина // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. 2013. Спецвыпуск № 1 «80 лет кафедре эндокринологии и диабетологии ГБОУ ДПО РМАПО», 2013. – С. 56–60.
3. Яркова Н.А. Приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее оптимизации / Н.А. Яркова, Н.Н. Боровков // Клиническая медицина. 2016. № 94(9). С. 688–692.

Связь между самоповреждающим поведением, параметрами я-концепции и диспозиционной осознанностью у подростков с аффективными и невротическими расстройствами

Кузнецова-Фетисова А.А., Польская Н.А.
ГБУЗ НЦПЗ им. Г.Е. Сухаревой; Московский Государственный Психолого-Педагогический Университет, Москва, Россия
nastasyabelous@mail.ru, polskayana@yandex.ru

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, диспозиционная осознанность, ясность Я-концепции, подростки

Self-Concept Clarity and Mindful attention in Adolescents Hospitalized Due to Suicidal and Self-Harming Behavior

Kuznetsova-Fetisova A.A., Polskaya N.A.
Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
nastasyabelous@mail.ru, polskayana@yandex.ru

Keywords: self-harm behavior, mindful attention, self-concept clarity, adolescents

Введение. Нарушения самовосприятия и метакогнитивной регуляции – значимые факторы дисфункций эмоциональной сферы в подростковом возрасте. Диффузность Я-концепции и низкий уровень осознанности собственных переживаний ассоциируются с дефицитами эмоциональной регуляции, что повышает риск неадаптивных стратегий саморегуляции, включая самоповреждающее и суицидальное поведение**.**

Цель исследования – выявление и оценка связей частоты и стратегий самоповреждающего поведения с характеристиками Я-концепции и диспозициональной осознанности у подростков с аффективными или невротическими расстройствами.

Процедура и выборка. Исследование проводилось на базе Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (г. Москва) на выборке из 65 подростков 13–17 лет

(M=15,5±1,29), из них – 51 девочка (78,5%) и 14 мальчиков (21,5%). Участие в исследовании было добровольным, на основе информированного согласия. Все подростки находились на стационарном лечении и имели несуицидальные самоповреждения и/или суицидальное поведение в анамнезе. Клинические характеристики выборки: расстройства аффективного спектра – 27 человек (41,5%), расстройства невротического спектра – 38 человек (58,5%).

У 31 (47,7%) подростков отмечались суицидальные мысли и намерения; 30 (46,1%) – имели в анамнезе суицидальные попытки, потребовавшие медицинской помощи; 4 (6,2%) – сообщили о самоповреждениях без активных суицидальных мыслей.

Для сбора данных использовались методы клинико-психологического интервью и опроса, включая заполнение пакета психодиагностических методик.

Методики. (1) Шкала ясности Я-концепции (В.В. Вдовенко, С.А. Щебетенко, 2021); (2) шкала причин самоповреждающего поведения (Н.А. Польская, 2014), (3) шкала диспозиционной осознанности (Л.Э. Зотова и др., 2020).

В качестве общей **гипотезы** было выдвинуто предположение, что снижение ясности Я-концепции и диспозиционной осознанности связаны с более высокой частотой самоповреждения. В большей мере это касается подростков с аффективными расстройствами, чьи представления о себе (по сравнению с подростками с невротическими расстройствами) отличаются большей неопределенностью и негативными личностными установками.

Результаты. В целом по выборке порезы оказались наиболее частым способом самоповреждения (73% выборки). 40% подростков отметили, что наносят себе порезы регулярно. При этом соматические самоповреждения (расчесывание кожи, удары по телу и т.п.) значимо чаще (U=304, p=0,024) отмечали подростки с расстройствами аффективного спектра (M=2.39±0.7) по сравнению с подростками с невротическими расстройствами (M=1.96±0.78).

Основные типы суицидальных попыток в данной выборке – это передозировка лекарственными препаратами (76%) и падение с высоты (20%). У подростков с аффективными расстройствами отмечено больше разных способов совершения суицидальных попыток, включая самоотравление, падение с высоты, вскрытие вен, падение под движущиеся транспортные средства. У подростков с невротическими расстройствами преобладает самоотравление (89% всех случаев).

В зависимости от типа несуицидального самоповреждения – инструментального или соматического – значимые отрицательные связи ($p<0,01$) были обнаружены между инструментальными / соматическими

самоповреждениями и диспозиционной осознанностью ($r = –0,448$ / $r = –0,450$), ясностью Я-концепции ($r = –0,371$ / $r = –0,568$). Внутриличностные мотивы самоповреждающего поведения – «восстановление контроля над эмоциями» / «избавление от напряжения» – продемонстрировали значимые отрицательные связи ($p < 0,01$) как с диспозиционной осознанностью ($r = –0,530$ / $–0,604$), так и с ясностью Я-концепции ($r = –0,338$ / $r = –0,442$).

У подростков с невротическими расстройствами по сравнению с группой с аффективными расстройствами были получены более высокие значения по диспозиционной осознанности: по шкале «оценка» ($U = 343$; $p = 0,023$) и по общей выраженности диспозиционной осознанности ($U = 362$; $p = 0,045$).

Согласно результатам линейной регрессии в целом по выборке снижение ясности Я и одного из показателей диспозиционной осознанности – «оценки», отражающей негативное отношение и недостаточную внимательность к жизненным событиям, – выступают предикторами частоты самоповреждений (30% объясненной дисперсии). Кроме того, согласно результатам логистической регрессии (зависимая переменная – принадлежность к группе с аффективными или невротическими расстройствами, предиктор – соматические самоповреждения), частота соматических самоповреждений может служить одним из предикторов аффективных расстройств у подростков (7,9% объясненной дисперсии).

Выводы. Ясность Я и диспозиционная осознанность – значимые факторы выраженности самоповреждающего поведения у подростков. Влияние ясности Я и уровня диспозиционной осознанности наиболее выражено в отношении внутриличностных функций самоповреждающего поведения, тогда как межличностные функции не демонстрируют значимых связей с этими показателями.

Подростки с расстройствами аффективного спектра характеризуются меньшей ясностью Я-концепции и более выраженным снижением осознанности своих эмоций по сравнению с подростками с расстройствами невротического спектра, что может отражать более глубокую дезинтеграцию личности при депрессивных состояниях по сравнению с невротическими нарушениями, которые нередко носят транзиторный характер.

Подростки с расстройствами аффективного спектра демонстрируют более вариативные способы суицидального поведения, тогда как для подростков с невротическими расстройствами был характерен ограниченный репертуар действий, связанных с самоповреждением. Однако обнаруженная тенденция требует изучения на большей выборке.

Таким образом, нарушения самовосприятия и метакогнитивной регуляции играют важную роль в формировании самоповреждающего

поведения у подростков. Подростки с аффективными расстройствами демонстрируют более низкий уровень ясности Я-концепции и диспозиционной осознанности, что отражает более глубокую личностную дезинтеграцию. Выявленные различия подчеркивает важность учета клинического диагноза при построении психопрофилактических и коррекционных программ.

Взаимосвязь жизнестойкости и феномена самозванца у студенток медицинского университета

Лагун Е.С.
Научный руководитель: Филипович В.И.
Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Беларусь
lagunkata2005@gmail.com

Ключевые слова: жизнестойкость, феномен самозванца, вовлеченность, контроль, принятие риска

The relationship between hardiness and the impostor phenomenon in female medical students

Lagun E.S.
Scientific supervisor: Philipovich V.I.
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
lagunkata2005@gmail.com

Keywords: hardiness, impostor phenomenon, commitment, control, challenge

Введение. Синдром самозванца характерен для женщин, студентов и медицинских работников, что объясняется степенью интериоризации социальных ожиданий [1]. Феномен самозванца – дезадаптивное состояние, при котором человек, несмотря на объективные достижения, приписывает успехи внешним факторам, испытывает хронический страх «разоблачения» как «некомпетентного обманщика» [2]. Подобные искажения самооценки особенно заметны для личности в функционировании в социальной среде с выраженной требовательностью и ответственностью, например, в медицинской профессии. Жизнестойкость как личностный конструкт состоит из трех компонентов: вовлеченность, контроль, принятие риска [5].

Жизнестойкость как личностная уверенность и готовность к взаимодействию с жизнью теоретически противоположна тенденции пасовать перед личностно значимыми, например, профессиональными,

трудностями. Мы, таким образом, предположили наличие взаимосвязей между феноменом самозванца и жизнестойкостью.

Цель исследования. Эмпирически изучить взаимосвязь между выраженностью жизнестойкости и ее компонентов и выраженностью феномена самозванца у студенток медицинского университета.

Материал и методы. Методики: 1) Русскоязычная версия краткой шкалы жизнестойкости М.В. Алфимовой, В.Е. Голимбет (2012) [3]; 2) Шкала феномена самозванца: психометрические характеристики русскоязычной версии М.С. Шевелева, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермякова (2021) [5]. Выборка включает 120 студенток Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ) от 18 до 28 лет. Средний возраст: 19,2 года. Математико-статистический метод: коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Жизнестойкость (общий уровень) $x_{ср}$=32.8, σ=4.0, вовлеченность $x_{ср}$=11.4, σ=2.2, контроль $x_{ср}$=11.7, σ=1.8, принятие риска $x_{ср}$=9.7, σ=1.9. Преобладает средний (75.83%) уровень жизнестойкости. Преобладает низкий уровень принятия риска (52%). Вовлеченность и контроль – в диапазоне средней выраженности (62% и 71% соответственно).

Выраженность феномена самозванца: $x_{ср}$=58.9 (σ=14.8). Преобладает средний (47%), а также суммарно высокий (36%) и очень высокий (8%) уровни, что может создавать трудности в учебно-профессиональной деятельности, сопровождаться эмоциональным напряжением.

Обнаружены статистически значимые корреляционные взаимосвязи исследуемых феноменов. Феномен самозванца демонстрирует значимую отрицательную корреляцию с общим уровнем жизнестойкости (ρ= –0.333; $p<0,01$), значимую отрицательную корреляцию с компонентом вовлеченности (ρ= –0,371; $p<0,01$). Контроль (ρ= –0,150; $p>0.05$) и принятие риска (ρ= –0,189; $p>0.05$) не показали статистически значимых взаимосвязей с феноменом самозванца.

Эмпирические данные позволяют предположить, что именно вовлеченность как компонент жизнестойкости значима для возникновения чувства самозванца. Высокий уровень вовлеченности в жизнедеятельность в целом и учебно-профессиональную сферу в частности, соответствует минимальной выраженности дезадаптивных переживаний, характерных для феномена самозванца: ощущения несостоятельности, когнитивных искажений в оценке собственной компетентности. Данную взаимосвязь можно объяснить формированием позитивного цикла вовлеченности («хочу-могу-получается»). Личность накапливает опыт успешных действий, когда она осмысленно вовлечена в деятельность, а значит, способна оценивать и корректировать ее выполнение.

Успешный опыт снижает внутреннюю потребность использовать защитные стратегии, направленные на то, чтобы казаться лучше, чем есть на самом деле. В медицинском образовании такой эффект может быть получен путем укрепления связи теоретического обучения и учебно-медицинской практики.

Формирование медицинских умений и навыков следует сочетать с рефлексивным оцениванием достижений конкретной студентки. Стратегия рефлексивной и эмоциональной поддержки, сфокусированная на закреплении чувства успеха, может достигаться через следующие механизмы: структурированную рефлексию, групповое подтверждение компетентности, ситуативное подкрепление доказанной эффективности. Данные практики формируют нейронные связи доказанной компетентности [2, 4], смещая фокус с избегания ошибок на признание достижений, что напрямую снижает базу для самозванческих переживаний.

Выводы. У студенток медицинского университета выявлен средний общий уровень жизнестойкости. Вовлеченность и контроль имеют умеренную выраженность, принятие риска выражено ниже. Феномен самозванца актуален для студенток-медиков: превалирует выраженность от среднего к высокому уровню.

Установлены статистически значимые отрицательные взаимосвязи: между феноменом самозванца с одной стороны и общей жизнестойкостью, вовлеченностью с другой стороны. Вовлеченность в медицинскую профессию посредством освоения не только теории, но и конкретных практик медицины с начала обучения, позволит редуцировать условия для развития феномена самозванца. Студенткам для профессионального обучения наряду с тренингом медицинских умений и навыков необходима также обязательная рефлексивная практика осознания и оценки объективного роста профессиональных умений, профессионального успеха [2].

Литература

1. Bravata D.M. Prevalence, Predictors, and Treatment of Impostor Syndrome: a Systematic Review / D.M. Bravata [et al.] // JAMA Internal Medicine. 2020. Vol. 180, no. 7. P. 981–988.
2. Clance P.R. The Impostor Phenomenon// Atlanta: Peachtree, 1985. 201 p.
3. Алфимова М.В. Русскоязычная версия краткой шкалы жизнестойкости / М.В. Алфимова, В.Е. Голимбет // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 4. С. 86–88.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология личности / Б.В. Зейгарник. Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 287 с.
5. Шевелева М.С. Шкала феномена самозванца: психометрические характеристики русскоязычной версии / М.С. Шевелева, Д.С. Корниенко, Т.М. Пермякова // Психологический журнал. 2021. Т. 42, № 1. С. 132–142.

Специализированный нейропсихологический тренинг для пациентов с нарушением мониторинга как компонента регуляторных функций

Ларин И.А.
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
larinivan22@gmail.com
Ковязина М.С.
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва; Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский центр неврологии и нейронаук», Москва; Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований, Москва, Россия
kms130766@mail.ru

Ключевые слова: регуляторные функции, мониторинг, нейропсихологическая реабилитация, теория планомерно-поэтапного формирования умственных действий и понятий П.Я. Гальперина, восстановительное обучение

Specialized neuropsychological training for patients with impaired monitoring as a component of executive functions

Larin I.A.
Lomonosov Moscow State University, Moscow
larinivan22@gmail.com
Kovyazina M.S.
Lomonosov Moscow State University, Russian Center of Neurology and Neurosciences, Federal Scientific Center of Psychological and Multidisciplinary Research, Moscow; Russia
kms130766@mail.ru

Key words: executive functions, monitoring, neuropsychological rehabilitation, P.Ya. Galperin's theory of stage-by-stage formation of mental actions and concepts, restorative learning

Введение. Нарушения регуляторных функций являются распространённым дефицитом при инсультах, а также других неврологических расстройствах (например, при черепно-мозговых травмах, хорее Гентингтона,

болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера и лобно-височной деменции). Среди регуляторных функций определяется функция контроля за ходом иных видов деятельности: например, А.Р. Лурия [2] отмечает её при описании третьего функционального блока мозга (программирование, регуляция и контроль), а D.T. Stuss с соавторами [3] выделяет в качестве компонента когнитивных регуляторных функций под названием «мониторинг». При этом мониторинг определяется как процесс проверки выполнения задачи и коррекции поведения [4]. Цель работы: оценка влияния специализированного тренинга на динамику показателей мониторинга у пациентов с повреждениями мозга различной этиологии.

Материал и методы. Нами был проведён межгрупповой полевой эксперимент с предварительным и итоговым тестированием. Выборка состояла из 48 пациентов (средний возраст 57,6 лет) с легкими/умеренными нарушениями регуляторных функций, разделённых на экспериментальную (n=25) и контрольную (n=23) группы. Критерии исключения: речевые нарушения, гностические нарушения, грубые нарушение нейродинамического фактора.

В качестве методов диагностики использовались пробы из классического обследования по А.Р. Лурии, «Батарея тестов лобной дисфункции» (FAB), «Tower of London» по C.W. Culbertson и E. Zillmer, «Color-Word Interference Test» (D-KEFS), «удивительные рассказы» по F. Happé и «сюжетные картинки Бидструпа». Для оценки мониторинга были выделены следующие показатели: нарушения инструкции, эхопраксии, системные персеверации без осознания ошибки из «Батареи тестов лобной дисфункции», соскальзывания на побочные ассоциации и повтор неправильного ответа из пробы «понимание пословиц и поговорок», «удивительных рассказов» и «сюжетных картинок Бидструпа», нарушения правил из основной серии «Tower of London» и ошибки без самокоррекции из «Color-Word Interference Test». Обобщенный индекс мониторинга (α-Кронбаха=0,634).

Тренинг состоял из четырёх групповых занятий (60 минут), посвященных четырем компонентам регуляторных функций, выделенным D.T. Stuss и соавторами [3]. Были использованы методики реабилитации R. Winson и соавторов [5], а также созданные нами техники. В ходе второго и третьего занятий нами была применена методика планомерно-поэтапного формирования умственных действий и понятий по П.Я. Гальперину [1] для формирования умственного действия «выбора и реализации решения» и отработки модифицированной нами схемы из “Goal Management Training”. Кроме того, наш тренинг был направлен на социальное взаимодействие, каждое занятие включало психообразование и было направлено на повышение осведомленности пациентов о своём дефекте.

Результаты. При анализе индекса мониторинга не было выявлено значимых различий внутри экспериментальной группы между оценками первичной и вторичной диагностики (W=196; $p_{bonferroni}$=0,76). Однако обнаружены различия между группами после тренинга (U=170; $p_{bonferroni}$=0,032).

Также нами было обнаружено, что отдельные показатели мониторинга в экспериментальной группе улучшились. Так, отмечалось снижение соскальзываний на побочные ассоциации («удивительные рассказы»: p=0,021; «сюжетные картинки Бидструпа»: p=0,003; «понимание пословиц и поговорок»: p=0,028), уменьшение повторов неправильного ответа («сюжетные картинки Бидструпа»: p=0,012), снижение нарушений правил в «Tower of London» (p=0,003). Кроме того, общий балл FAB значимо повысился в экспериментальной группе (p=0,013), но не в контрольной (p=0,521).

Выводы. Разработан специализированный тренинг, интегрирующий принципы восстановительного обучения пациентов с нарушением регуляторных функций, в том числе представление программы во внешнем плане, в наиболее развёрнутой форме, метод планомерно-поэтапного формирования умственных действий [1], и стратегии когнитивной реабилитации [5].

Выявлен значимый эффект тренинга на групповом уровне, а отдельные показатели мониторинга демонстрировали значимые улучшения на индивидуальном уровне, что свидетельствует о положительном влиянии специализированного реабилитационного тренинга на состояние процесса мониторинга. Полученные результаты можно объяснить влиянием механизма внутрисистемной смысловой перестройки, а также формированием умственного действия «выбора и реализации решения», которое по окончании проведения тренинга хотя и не было в форме обобщённого, сокращённого и автоматизированного действия, однако находилось на этапе внешнеречевых действий или на этапе внешней речи про себя и осуществлялось при активном участии процесса мониторинга.

Среди ограничений исследования можно отметить малый объем выборки, влияние побочных переменных, например, усталости пациентов при первичной и повторной диагностике, времени, прошедшем от травмы.

Литература

1. Гальперин П.Я., Кабыльницкая С.Л. Экспериментальное формирование внимания. М., 1974. 102 с.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Академия, 2009. 384 с.
3. Cicerone K., Levin H., Malec J., Stuss D., Whyte J. Cognitive rehabilitation interventions for executive function: moving from bench to bedside in patients with traumatic brain injury // Journal of cognitive neuroscience. 2006. Vol. 18 (7). P. 1212–1222.

4. Stuss D.T., Alexander M.P. Is there a dysexecutive syndrome? // Philosophical Transactions of the Royal Society B. 2007. Vol. 362. P. 901–915.
5. Winson R., Wilson B.A., Bateman A. The Brain Injury Rehabilitation Workbook. N.Y.: Guilford Press, 2017. 290 p.

Клинико-психологические особенности личности пациентов, больных наркоманией и алкоголизмом

Ларина М.А.
Москва, Россия
dovash@bk.ru

Ключевые слова: наркомания, алкоголизм, клинико-психологические особенности, психоактивные вещества, аддиктивное поведение

Clinical and psychological characteristics of patients suffering from drug addiction and alcoholism

Larina M.A.
Russia, Moscow
dovash@bk.ru

Keywords: drug addiction, alcoholism, clinical and psychological characteristics, psychoactive substances, addictive behavior

Я – не то, что со мной случилось, я – то, чем я решил стать.
Карл Густав Юнг

Управление ООН по наркотикам и преступности в 2024 г. опубликовавшее Всемирный доклад о наркотиках 2024 г. содержит статистику роста наркозависимости: к 2022 г. количество составило 292 млн. человек; к 2023 г. показатель вырос до 316 млн. (6% населения планеты) [5].

Рост мировой переменчивости усугубляет противодействие глобальной наркотической проблематикой, создает благоприятную среду для непрерывного увеличения воздействия систематизированной преступности, а также порождает наивысший показатель наркопотребления [1, 5].

Борьба с наркозависимостью и алкоголизмов ведется много десятилетий. Нужно понимать, что фундаментом пагубной зависимости является бессилие человека в устранении разлада внутри себя самого, насыщать свои нужды разумными и результативными методами, это толкает его к поиску новейших методов уменьшения тревожности сознания. Зависимость изучается как личностная и приспособленческая

патологии. Потребление наркотиков приспосабливает индивида к малой среде, дезадаптируя в социальной среде [4].

В настоящее время есть утверждение, что движущей силой формирования зависимости являются многообразные девиации характера, аномалии, смещения в формировании и совершенствовании личности. Поведенческой основой наркозависимого человека представлена значительная трансформация иерархичности жизненных приоритетов, бегство в работу иллюзорно-компенсаторного характера, а также кардинальное разрушение индивидуума.

Предрасположенность к аддиктивным действиям представляется такое устройство индивидуума, которое обуславливает решение принимать средства, изменяющие сознание. Существуют психологические характеристики людей с аддиктивными разновидностями действия: ослабленная твердость в отношении трудностей обыденности; невидимое сочетание некоторой дефективности, недостаточности с наигранно демонстрируемым преимуществом, главенством; наигранная общительность со страхом перед непоколебимой эмоциональной коммуникацией; стремление лгать; тяга к обвинению других; направленность «сваливать» обязательства на кого-либо; заурядность, поведенческая цикличность; подвластность; встревоженность [3].

В работе Оруджевой С.К. [2] проанализированы неравенства параметров самовосприятия у испытуемых экспериментальной и контрольной групп. Нарко- и алкоголезависимых идентифицирует безучастие, равнодушие к собственному внутреннему миру, а также присутствие разногласий внутри них самих, предрасположенность к беспокойству, унынию, подавленности.

Существует связь индивидуальных качеств нарко- и алкоголезависимых с возрастом и продолжительностью потребления наркотиков и алкоголя:

1. Чем старше становится такой человек, тем больше он контролирует себя, самодисциплинируется.
2. Чем дольше такой человек принимает психотропные вещества, тем в отчетливее признаки радикальности, а именно, вольнодумство, экспериментирование, расположенность к изменениям, к свежим замыслам, сомнение в авторитетах, нежелание доверять.
3. Зависимость от суждений, запросов группы, контактности, приверженность к мнению общества, тенденция вести деятельность, решать что-либо с иными лицами, обладание ничтожной самодостаточностью, ожидание одобрения от общества.
4. Чем дольше человек потребляет психотропные вещества, тем сильнее хочется преобразовать что-либо в себе, тем сильнее недовольство собой [2].

В заключение следуют выводы о том, что нарко- и алкоголезависимые люди обладают:

1. низкой самооценкой, отсутствием стабильности в эмоциональном плане, властностью, подозрительностью, жесткостью, прямотой, усиленным беспокойством, способностью и желанием обвинять в своих неудачах других, враждебностью, отсутствием эмоций.
2. равнодушием к собственному миру, преобладанием противоречивостью, а также тенденцией винить себя.
3. малой возможностью отыскать смысл жизни в будущем, настоящем или прошлом.

Литература

1. Бондаренко Е.А. Исследование психологических механизмов функционирования наркотической зависимости в подростковом возрасте. Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2023. № 30(477). С. 126–128.
2. Оруджева С.К. Клинико-психологические особенности пациентов с наркологической и алкогольной зависимостью. Скиф. Вопросы студенческой науки. 2019. № 7.
3. Васильева В.А. Индивидуально-психологические особенности личности зависимой от психоактивных веществ // Психология, социология и педагогика. 2016. № 7 [Электронный ресурс]. URL: https://psychology.snauka.ru/2016/07/6786 (дата обращения: 10.08.2025).
4. Коротина-Гессе О.В. Психокоррекционная работа с наркологическим больным и работа с его семьей как направления деятельности медицинского психолога [Электронный ресурс]. URL: https://psy.su/feed/10906/ (дата обращения: 13.08.2025).
5. Статистика наркомании и алкоголизма 2024 года. 2025 г. [Электронный ресурс]. URL: https://www.narko-net.ru/statistika-narkomanii-i-alkogolizma-2024-goda/ (дата обращения: 20.08.2025).

Опыт внедрения новых форм профилактики суицидального и аутоагрессивного поведения подростков

Логачева А.А., Глазкова Т.Н.
ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»
Тамбов, Россия
anzhela.log@mail.ru

Ключевые слова: несовершеннолетние, суицидальное поведение, профилактика, новые технологии

Experience in implementing new forms of prevention of suicidal and auto-aggressive behavior among adolescents

Logacheva A.A., Glazkova T.N.
Tambov Psychiatric Clinical Hospital, Tambov, Russia
anzhela.log@mail.ru

Keywords: minors, suicidal behavior, prevention, new technologies

Введение. Этиология суицидального поведения достаточно сложная. Своевременно выявить ребенка, планирующего суицид, бывает очень затруднительно. Практически каждый подросток находится в зоне риска. Исследования показателей суицидального поведения несовершеннолетних Тамбовской области показывают, что, несмотря на проводимую активную профилактическую работу, наблюдается волнообразная суицидальная активность среди подростков. Современный ритм жизни подростков требует новых подходов к профилактической работе. Необходимо внедрение новых моделей и технологий в профилактической работе с подрастающим поколением.

Цель и задачи: разработка и внедрение новых форм профилактики суицидального и аутоагрессивного поведения подростков.

Материалы и методы. С целью повышения эффективности профилактической работы специалистами ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» был разработан инновационный метод, основной идеей которого стало вовлечение учащихся в профилактическую деятельность через активное участие в разработке общественно

значимых проектов по профилактике деструктивного и суицидального поведения. С этой целью был разработан Конкурс «Ради будущего» – конкурс творческих работ учащихся по разработке материалов, направленных на профилактику деструктивного и суицидального поведения». Проекты, представленные на Конкурс, должны были иметь профилактическую направленность, быть жизнеутверждающими, нести позитивный настрой и пропагандировать здоровые жизненные ценности.

Участниками Конкурса стали учащиеся образовательных учреждений Тамбовской области в возрасте 12–18 лет. Конкурсные проекты рассматривались по 4 номинациям: «Стань соавтором», Квест-игра «СуперЕнот», «Стань автором». Конкурсные задания были направлены на формирование важных психологических качеств у подростка.

Основная идея номинации «Стань соавтором» – развитие навыков оптимистичного мировосприятия через возможность заменить трагичный финал классического произведения жизнеутверждающим. Выполняя это задание, конкурсанты опирались на свои убеждения, искали опору в себе и окружающих, развивали навыки позитивного мышления. Задача номинации «Квест-игра СуперЕнот» – помочь осознать свои возможности в разработке игровых программ, направленных на оказание помощи людям в развитии положительных качеств. С помощью игровых методов подростки учились вербализовать свои чувства и эмоциональные состояния, совершенствовать навыки эмпатии и межличностного взаимодействия. Участники номинации «Позитивное русло» развивали навыки самовыражения через осознанность собственных эмоций. Этот процесс проходил через создание положительных образов и позитивных игрушек, способствующих развитию навыков взаимодействия. Участвуя в номинации «Стань автором» необходимо было сформулировать конструктивный взгляд к социально-значимой проблеме и предложить свои способы профилактики агрессивного и аутоагрессивного поведения. Подростки учились брать ответственность за активную жизненную позицию в поиске решений современных проблем общества в области здорового образа жизни.

Результаты. На участие в Конкурсе было зарегистрировано 68 заявок. В Конкурсе приняли участие 126 учащихся из 29 образовательных учреждений. В ходе проведения Конкурса, опираясь на ценностные и культурные ориентации, с детьми проводилась психокоррекционная работа, способствующая процессу личностного роста, развитию самосознания и формированию новых навыков, адаптивных к проблемным ситуациям. Использование практики позитивных убеждений, направленных на поиск ресурсов и возможностей, способствовали развитию у подростков психологической устойчивости.

Выводы. Таким образом, профилактическая психокоррекционная работа, направленная на предупреждение эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений, организованная через конкурсную деятельность с привлечением подростков к разработке проектов по профилактике деструктивного и суицидального поведения, может стать новым эффективным методом профилактики агрессивного и аутоагрессивного поведения несовершеннолетних.

Когнитивные паттерны аддиктивной идентичности пациентов с психическим расстройством вследствие употребления ПАВ

Логинова Е.Д., Фаустова А.Г.
ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия
lizaloginova@internet.ru

Ключевые слова: аддиктивная идентичность, ранние дезадаптивные схемы, рефлексия, руминации

Cognitive patterns of addictive identity in patients with mental disorders due to psychoactive substance use

Loginova E.D., Faustova A.G.
I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Ryazan, Russia
lizaloginova@internet.ru

Keywords: addictive identity, early maladaptive schemas, reflection, rumination

Введение. На данный момент отмечается недостаточная эффективность профилактических, терапевтических и реабилитационных программ для пациентов с аддиктивными расстройствами. Это обуславливает актуальность изучения стратегией превенции и коррекции психических расстройств вследствие употребления ПАВ, в частности – учет психологических факторов аддиктивного риска [1]. На социально-психологическом уровне химическая зависимость реализуется в виде аддиктивной идентичности – нарушения в форме ухода от реальности с помощью агента аддикции, изменившего дискомфортное психическое состояние, и последующей эмоциональной фиксации на данном воздействии [1]. Когнитивный компонент такой идентичности может быть ассоциирован с характерными когнитивными паттернами – совокупностью ранних дезадаптивных схем, стилем рефлексии, склонностью к руминированию.

Ранние дезадаптивные схемы способны вызвать невыносимую для субъекта аффективную напряженность, для совладания с которой он

может устанавливать замещающие объектные отношения с аддиктивным агентом [3]. Процесс руминирования может еще больше усилить негативное эмоциональное состояние субъекта, потенциируя патологические влечения [5]. Некоторые типы рефлексииинтроспекция и квазирефлексия) не обладают психологической полноценностью, несут неблагоприятные последствия для психики [4]. Мы предположили, что существуют взаимосвязи между аддиктивной идентичностью и когнитивными паттернами (ранние дезадаптивные схемы, атрибутивные стили, рефлексивность и склонность к руминации) у лиц с диагнозом психического расстройства вследствие употребления ПАВ.

Материалы и методы. Использован метод стандартизированных самоотчетов: «Методика диагностики аддиктивной идентичности» Н.В. Дмитриевой, Ю.М. Перевозкиной, С.Б. Перевозкина, Н.А. Самойлик, «Схемный опросник Янга YSQ S3R» в адаптации П.М. Касьяник, Е.В. Романовой, «Дифференциальный тип рефлексии» Д.А. Леонтьева, Е.М. Лаптевой, Е.Н. Осина, А.Ж. Салиховой, «Шкала руминации RRS» в адаптации О.Д. Пуговкиной, А.Д. Сыроквашиной, М.А. Истомина, А.Б. Холмогоровой. В исследовании приняли участие 15 человек мужского пола 24–45 лет с диагнозами психического расстройства вследствие употребления ПАВ (F11, F12, F15 и F19), проходящие лечение в ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер».

Результаты. По результатам анализа корреляций установлено, что аддиктивная идентичность образует положительную взаимосвязь с общей выраженностью ранних дезадаптивных схем (0,646; $p = 0,009$). Логично предположить, что, чем сильнее зависимый от ПАВ подвержен влиянию иррациональных детских установок, тем более у него выражена аддиктивная деформация идентичности.

Также была выявлена положительная взаимосвязь аддиктивной идентичности и интроспекции как непродуктивного стиля рефлексии (0,789; $p < 0,001$). Чем более у аддикта выражено нарушение идентичности в виде ухода от реальности, тем более его внимание приковано к своему внутреннему состоянию в процессе рефлексии. Данный стиль ассоциируют со склонностью к руминированию [4].

Аддиктивная идентичность также имеет положительную взаимосвязь со склонностью к депрессивному подтипу руминаций (0,546; $p = 0,035$). Чем сильнее выражены аддиктивные черты идентичности у зависимого от ПАВ индивида, тем более он склонен к навязчивым размышлениям о своем негативном эмоциональном состоянии.

Выводы. Аддиктивное нарушение идентичности сопровождается определенным состоянием когнитивных паттернов у лиц с психическими расстройствами вследствие употребления ПАВ – значительной

выраженностью ранних дезадаптивных схем, преобладанием интроспективного типа рефлексии и склонностью к руминированию по поводу депрессивных состояний. Это позволяет предположить, что данные особенности можно рассматривать в качестве факторов аддиктивного риска, а также мишеней клинико-психологического вмешательства.

Литература

1. Дмитриева Н.В. и др. Разработка и психометрический анализ методики диагностики аддиктивной идентичности // Сибирский психологический журнал. 2013. № . 48. С. 14–17.
2. Дмитриева Н.В., Перевозкина Ю.М., Сигаева А.В. Постмодернистские факторы аддиктивного риска // Сибирский педагогический журнал. 2012. № . 5. С. 119–124.
3. Кадыров Р.В., Догадина В.А., Ильина И.С. Ранние дезадаптивные схемы в генезе аддиктивного поведения // Вектор науки тольяттинского государственного университета. серия: Педагогика, психология. 2018. № . 3. С. 64–70.
4. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике // Психология. Журнал высшей школы экономики. 2014. Т. 11. № . 4. С. 110–135.
5. Watkins E.R., Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination //Behaviour research and therapy. 2020. Т. 127. P. 103573.

Формирование когнитивного компонента социальной зрелости студентов-дефектологов

Лошакова М.С., Рудь М.В.
ФГБОУ ВО «Луганский государственный педагогический университет», Луганск, Россия
lo.mariia@mail.ru, maria-r73@mail.ru

Ключевые слова: социальная зрелость, студенты-дефектологи, формирование когнитивного знания

Formation of the cognitive component of the social maturity of students of speech pathologists

Loshakova M.S., Rud M.V.
Lugansk State Pedagogical University, Lugansk, Russia
lo.mariia@mail.ru, maria-r73@mail.ru

Keywords: social maturity, students of defectology, formation of cognitive knowledge

В современных реалиях вопрос социальной зрелости студентов является актуальным в связи с высокими требованиями общества к будущим специалистам, а особенно к будущим педагогам-дефектологам. Формирование социальной зрелости у студентов, будущих дефектологов, является не просто желательным, а абсолютно необходимым условием для их успешной профессиональной деятельности, создания инклюзивного общества и защиты прав людей с ОВЗ. Она обеспечивает их компетентность, эффективность, устойчивость к стрессу и приверженность ценностям профессии.

В современных исследованиях отмечается социально-психологическая неготовность студентов-дефектологов к выполнению профессиональных функций, проявляющаяся в том, что ожидания и реальность работы в дефектологической профессии не всегда совпадают, это вызывает разочарование, страх и стремление избегать тех или иных аспектов работы. Отмечается негативное отношение к критике и слабая социально-психологическая устойчивость перед профессиональными и жизненными неудачами.

Одним из компонентов социальной зрелости является когнитивный компонент, который включает систему знаний о структуре, характеристиках, функциях, условиях протекания, специфических особенностях,

типах, способах, формах, механизмах социального взаимодействия; способность аналитического и критического мышления, способность к самопознанию, саморазвитию, самообучению и организации своей деятельности в соответствии с заданными условиями, владение мыслительными операциями, такими как анализ, синтез, дедукция, индукция, сравнение, обобщение, классификация, абстракция и конкретизация, а также опыт социального взаимодействия, приобретённый в процессе выполнения различных видов деятельности. Кроме того, важной составляющей данного компонента выступает развитая грамотная связная речь, умение выражать свои мысли, коммуникация.

В соответствии с этим считаем, что формирование когнитивного компонента социальной зрелости студентов-дефектологов возможно на основе учебно-профессионального, эмоционального и социального обогащения образовательного процесса, путём включения в лекционные и практические занятия дисциплин профессионального блока инновационно-творческих форм работы.

Так, для развития аналитического и критического мышления предлагается решение кейсов (кейс-стади) по профилю дисциплины; дискуссии на заданную тему: например, «Профилактика профессиональных деформаций в деятельности педагогов-дефектологов», «Пути профессионального оздоровления педагогов-дефектологов», «Профессиональные стрессы», «Трудности работы дефектологов с детьми»; профессиональное критическое чтение: анализ планов индивидуальной поддержки, индивидуальных образовательных маршрутов, анализ видеозаписей консультаций; чтение автобиографических книг, статьи или блоги, написанные людьми с ОВЗ или их родственниками, их анализ.

На развитие мыслительных операций, например, решение проблемных ситуаций для приобретения профессиональных знаний и умений социального взаимодействия; разыгрывание ситуаций выбора стратегии и техники взаимодействия с детьми с ОВЗ; метод «шести шляп» (студенты должны рассмотреть проблему с шести сторон с целью оттачивания профессиональных умений и навыков, приобретения профессиональной уверенности и психологической устойчивости), участие в работе общественных организациях, осуществляющих социально значимую деятельность с людьми с ОВЗ[2].

Для формирования личностной позиции, образа ситуации деятельности, опыта социального взаимодействия, профессиональной компетентности предлагаются следующие формы работы: подготовка групповых проектов по тематике дисциплины (технология «воркшоп»): студентам дается задание разработать проект, с описанием его составляющих и наглядной демонстрацией (например, «Создание доступной инклюзивной

среды в городе», создание видеоролика о жизни людей с ОВЗ и т.д.); проведение круглых столов с обсуждением: студенты готовят доклады по заданным темам, выступают с ними, а затем обсуждают со всеми участниками (примерная тематика: этические дилеммы в практике дефектолога: баланс между автономией клиента и благополучием; роль эмпатии и личной включенности в работу дефектолога: профессиональные границы и эмоциональное выгорание; эйблизм в обществе и профессиональной среде; влияние культуры и национальных традиций на отношение к людям с ОВЗ; развитие служб ранней помощи: как обеспечить своевременную поддержку детям с ОВЗ и их семьям?); самостоятельное проведение лекции или практического занятия: студентам предлагается побыть в роли педагога и самостоятельно разработать лекционное и практическое занятие и провести его (тема предоставляется педагогом).

Для саморазвития и самообучения, осознания необходимости строить себя как личность для успешной реализации в профессиональной деятельности, развития коммуникации, студентам предлагается: а) освоить онлайн-курсы по формированию социальной зрелости (когнитивно-поведенческой терапии, психологическая зрелость и стрессоустойчивость: основы развития личности и поддержки, Школа зрелости, Инициация социальной зрелости), онлайн-курсы, посвященные дефектологии и инклюзивному образованию в школьных и дошкольных учреждениях; б) онлайн-участие в мастер-классах педагогов дефектологов и логопедов, практикумах и встречах с экспертами; в) просмотр вебинаров по новым технологиям и методикам работы с детьми с различными нарушениями развития с обратной связью; г) домашние задания; д) онлайн-консультации с преподавателем; е) индивидуальные воркшопы.

Таким образом, для целенаправленного формирования когнитивного компонента социальной зрелости студентов, будущих специалистов дефектологов, необходимо использовать в процессе лекционных и практических занятий дискуссии, критическое чтение, решение проблемных задач, разыгрывание ситуаций, проектную деятельность, а также организовывать самообразование студентов.

Литература

1. Бородаева Г. Формирование социальной зрелости студентов: вопросы теории и практики / Г. Бородаева, И. Руднева. Saarbrücken: LAP, 2012. 209 с.
2. Кошелева А.О. Условия успешного достижения личностью социально-нравственной зрелости в процессе профессионального образования / А.О. Кошелева // Проектирование и формирование развивающих и образовательных сред. Брянск: БГПУ, 2001. С. 32–34.

VR как способ коррекции трансдиагностических аффективных психопатологических феноменов: пилотное исследование

Лутова Н.Б., Бахматова А.И.,
Щербина С.Н., Ченский И.С., Макаревич О.В.[1]
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия
[1]lysska@mail.ru

Ключевые слова: виртуальная реальность, саморегуляция, релаксация.

VR as a method of correction of transdiagnostic affective psychopathological phenomena: a pilot study

Lutova N.B., Bakhmatova A.I.,
Shcherbina S.N., Chensky I.S., Makarevich O.V.[1]
V.M. Bekhterev National Medical Research
Centre for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia
[1]lysska@mail.ru

Keywords: virtual reality, self-regulation, relaxation

Введение. Согласно парадигме RDoC, аффективные трансдиагностические феномены [3, 5] усиливают проявления дистресса и ухудшают течение основного заболевания. Эффективность медикаментозного лечения для снижения тревоги, депрессии, ангедонии, раздражительности и импульсивности ограничена, что побуждает исследователей к поиску дополнительных лечебных подходов. Одним из них становится использование VR-технологий, а именно релаксационных сценариев, доказавших свою полезность для снижения тревоги, астении, соматических симптомов, преодоления стресса как у населения в целом, так и у взрослых лиц с психическими расстройствами [1, 2, 4]. Согласно систематическому обзору S. Riches et al. (2023), существует явный дефицит исследований относительно эффективности и переносимости применения релаксационных VR сценариев у больных с аутохтонными психическими расстройствами [4].

Целью исследования стала оценка эффективности и переносимости релаксационных VR-сценариев аппаратно-программного комплекса Flow в лечении трансдиагностических аффективных симптомов (тревоги, депрессии, ангедонии, агрессивности) у больных с тяжелыми психическими расстройствами (F2, F3).

Материал и методы. Включались стационарные и амбулаторные пациенты ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России в возрасте 18–70 лет, с диагнозами в рамках расстройств шизофренического спектра (F2) и аффективных расстройств (F3) по МКБ-10, на стадии формирования медикаментозной ремиссии, без декомпенсации соматических заболеваний, получавших психофармакотерапию (ПФТ) и набравших 11 и более баллов по шкале госпитальной тревоги (HADS). Участники получали 6 релаксационных VR-сессий на аппаратно-программном комплексе Flow в течение 14–21 дней. Состояние оценивалось по: шкале госпитальной тревоги (HADS), шкале оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), опроснику тревоги А.Бека (BAI), опроснику исследования уровня агрессивности Басса-Дарки, симптоматическому опроснику (SCL-K-9), шкале физической ангедонии (СОФА), опроснику симуляторных расстройств (SSQ), визуальной аналоговой шкале (ВАШ, субъективная оценка переносимости).

Результаты. Было включено 19 пациентов: средний возраст составил 35,6±15,0 лет; 12 (63,2%) – женщин и 7 (36,8%) – мужчин. Из них: 10 (52,6%) человек с диагнозом в рубрике F3 и 9 (47,4%) – в рубрике F2 (по МКБ-10). После курса релаксационных VR-сессий отмечено достоверное снижение выраженности аффективных симптомов (1 vs 6 визит): тревоги (HADS) – от выраженной до субклинической (13,7±2,77 vs 8,68±4,77 ($p<0,01$; Cohen'd 1,028)); депрессии (MADRS) – от умеренной до нормальных значений (22,3±8,67 vs 12,32±7,94 ($p<0,01$; Cohen'd 0,908)); психопатологических симптомов по SCL-K-9 (28,9±5,97 vs 24,6±9,37 ($p<0,013$; Cohen'd 0,631)). Получены тенденции к достоверному уменьшению значений шкалы "Раздражение" опросника BDHI (5,95±2,57 vs 4,95±1,75, $p<0,062$; Cohen'd 0,458) при нормативе 0–14 баллов; ангедонии по шкале СОФА 20,8±8,27 vs 17,6±7,35 ($p<0,066$; Cohen'd 0,449). Выраженность симптомов киберболезни по суммарному баллу SSQ (1 и 6 визит) была не высока (144 [144–393] vs 109 [109–191]) относительно Me данного показателя инструмента – 1272,5. Получена тенденция к достоверному снижению выраженности фактора «Тошнота» на 6 сеансе VR в сравнении с первым (9.54 [9.54–23.9] vs 0 [0–9.54]; $p=0.092$). Оценка субъективной переносимости ВАШ была изначально высока и не различалась в сравнении со значениями на 6 сеансе (8 [6–10] vs 9 [8–10]).

Выводы. Использование релаксационных VR сценариев существенно снижает выраженность тревоги, депрессии и других психопатологических симптомов, ослабляет проявление физической ангедонии и раздражительности. Переносимость и приемлемость VR-интервенций у обследованных пациентов высоки. Выявленные симптомы киберболезни не стали причиной для отказа от процедур, а их выраженность имела тенденцию к ослаблению при прохождении курса VR терапии. Проведенное пилотное исследование позволяет рассматривать релаксационные VR-сценарии как перспективное дополнительное воздействие, направленное на снижение выраженности аффективных симптомов у больных с аффективными расстройствами и шизофренией. Учитывая малый размер выборки, полученные результаты необходимо в дальнейшем подтвердить на большем количестве случаев.

Литература

1. Лепилкина Т.А., Бениашвили А.Г., Черемин Р.А., Малюкова Н.Г., Морозова М.А., Богданов М.А., Бурминский Д.С., Потанин С.С., Родкина С.В., Рупчев Г.Е., Эип М.Н. Эффективность применения релаксационного сценария в технологии виртуальной реальности в отношении коморбидных симптомов тревоги и астении в условиях соматического стационара: пилотное сравнительное рандомизированное открытое исследование // Consortium Psychiatricum. 2023. Т. 4. № 1. С. 38–51. doi: 10.17816/CP221
2. Adams Z.W., Sieverdees J.C., Brunner-Jackson B., et al. Meditation smartphone application effects on prehypertensive adults blood pressure: dose-response feasibility trail. Health Psychol.2018;37(9):850–60. Doi:10.1037/hea0000584
3. Meiering M.S., Weigner D., Enge S. et al. Transdiagnostic phenomena of psychopathology in the context of the RDoC: protocol of a multimodal cross-sectional study. BMC Psychol 11, 297 (2023). https://doi.org/10.1186/s40359–023–01335–8;
4. Riches S., Jeyarajaguru P., Taylor L., Fialho C., Little J., Ahmed L., O'Brien A., van Driel C., Veling W., & Valmaggia L. (2023). Virtual reality relaxation for people with mental health conditions: A systematic review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58(7), 989–1007.
5. Zhong G., Chen T., Zhong N. et al. Transdiagnostic neuromodulation of impulsivity: current status and future trajectories. Transl Psychiatry 15, 209 (2025). https://doi.org/10.1038/s41398–025–03415–2

Современное родительство в век Вспомогательных Репродуктивных Технологий (ВРТ)

Мазур Д.А., Бурлакова Н.С.
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
dariamazurmsu@yandex.ru, naburlakova@yandex.ru

Ключевые слова: отложенное материнство, современное родительство, вспомогательные репродуктивные технологии, психологическая готовность к материнству, поздний репродуктивный возраст

Contemporary parenting in the age of Assisted Reproductive Technologies (ART)

Mazur D.A., Burlakova N.S.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
dariamazurmsu@yandex.ru, naburlakova@yandex.ru

Keywords: delayed motherhood, contemporary parenting, assisted reproductive technologies, psychological readiness for motherhood, late reproductive age

Современное родительство в настоящее время представляет собой устойчивую тенденцию к увеличению возраста первородящих женщин в индустриально развитых странах, включая Россию. Данная репродуктивная стратегия формируется под влиянием социальных, биологических и психологических факторов и отражает более широкий процесс трансформации семейных моделей в рамках второго демографического перехода [1]. Средний возраст женщин при рождении первого ребёнка в странах Европы, США, Канаде, Японии и Южной Корее неуклонно растёт: например, в Англии и Уэльсе он увеличился с 24,7 года в 1980 году до 29,1 года в 2020 году [2]. В России также наблюдается сдвиг в сторону более позднего материнства, что сопровождается снижением естественной фертильности и ростом числа обращений к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ) [3].

С биологической точки зрения, возраст после 30 лет ассоциирован со снижением фертильности и повышением рисков осложнений беременности и родов. Однако современные репродуктивные технологии,

такие как экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и криоконсервация ооцитов, создают иллюзию «биологического контроля» над репродуктивной функцией. Вместе с тем эффективность этих методов у женщин старше 35 лет остаётся ограниченной: кумулятивный коэффициент живорождения при использовании 10 замороженных ооцитов составляет около 25 % [4]. При этом общественное восприятие ВРТ часто сопровождается завышенными ожиданиями, что может усиливать психологическое напряжение в случае неудачных попыток.

Одним из набирающих популярность среди пациенток клиник репродукции методов ВРТ – является отложенное материнство. Психологические аспекты отложенного материнства включают как рациональные мотивы – стремление к финансовой стабильности, профессиональному росту и устойчивым партнёрским отношениям, – так и эмоциональные барьеры: страх перемен, неуверенность в собственной готовности, тревога по поводу невозможности забеременеть [3]. Женщины старшего репродуктивного возраста чаще проявляют осознанный подход к планированию беременности, однако одновременно испытывают более высокий уровень тревожности и стресса, связанных с репродуктивным здоровьем и возрастными ограничениями [5]. Важную роль в формировании репродуктивных установок играет образ будущего ребёнка, который, по данным Г.Г. Филипповой, выступает ключевым компонентом психологической готовности к материнству и может как способствовать, так и препятствовать принятию решения о рождении ребёнка [1].

Этические дискуссии вокруг отложенного материнства касаются вопросов репродуктивной автономии, социального давления и возможной коммерциализации ВРТ. С одной стороны, технологии вроде криоконсервации расширяют свободу выбора; с другой – они могут создавать ложное чувство безопасности и усиливать социальное неравенство из-за высокой стоимости процедур. Кроме того, сохраняются опасения относительно долгосрочного влияния позднего родительства на благополучие детей, включая риск ранней утраты родителей и повышенную нагрузку в зрелом возрасте.

Таким образом, современное родительство следует рассматривать как сложный междисциплинарный феномен, требующий комплексного изучения. Необходимы дальнейшие исследования, интегрирующие биомедицинские, психологические и социокультурные аспекты, а также разработка программ психологической поддержки для женщин, использующих ВРТ. Особое внимание следует уделить формированию реалистичных ожиданий относительно эффективности репродуктивных технологий и сопровождению женщин на всех этапах реализации отложенного родительства.

Литература

1. Филиппова Г.Г. Репродуктивный компонент возрастной идентичности и феномен «отложенного материнства» // Медицинская психология в России. 2023. Т. 15, № 2. С. 12–26.
2. Office for National Statistics. Birth characteristics in England and Wales: 2021: statistical bulletin. 2022. URL: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2021
3. Тимченко Д.Д. Возраст и женское бесплодие: обзор отечественных и зарубежных исследований // Современная зарубежная психология. 2024. Т. 13, № 2. С. 73–82.
4. Cobo A. et al. Elective oocyte cryopreservation in women aged 30–39 years: a prospective cohort study // Human Reproduction. 2021. Vol. 36, № 5. P. 1234–1245.
5. Molina-García L. et al. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level // PLoS One. 2019. Vol. 14, № 12. e0227063.

Взаимосвязь эмоционального интеллекта и коммуникативной компетентности у родителей детей с ОВЗ

Макаль С.С., Гольдин Б.Г.
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия
sonimakal@gmail.com, b_gold@mail.ru

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, коммуникативная компетентность, родители детей с ОВЗ, родители условно здоровых детей

The relationship between emotional intelligence and communicative competence in parents of children with disabilities

Makal S.S., Goldin B.G
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
sonimakal@gmail.com, b_gold@mail.ru

Keywords: emotional intelligence, communicative competence, parents of children with disabilities, parents of conditionally healthy children

Введение. Анализ корреляции эмоционального интеллекта и коммуникативных навыков представляет собой актуальную научную задачу, учитывая растущий интерес к этим двум аспектам. Научные работы, посвященные отдельным компонентам эмоционального интеллекта и их взаимосвязи с конкретными коммуникативными характеристиками и личностными свойствами, в настоящее время представлены в ограниченном объеме. Обзор обширного массива отечественной и зарубежной литературы позволяет сделать вывод о том, что исследования данной взаимосвязи среди родителей детей с ограниченными возможностями здоровья не проводились. В связи с этим выбранная нами тема является актуальной не только из-за отсутствия соответствующих публикаций, но и ввиду высокой значимости вопросов родительства, особенно в контексте воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья [2].

Объект исследования является эмоциональный интеллект. Предмет исследования – коммуникативная компетентность родителей детей с ОВЗ.

Цель исследования: выявление взаимосвязи между эмоциональным интеллектом и коммуникативной компетентностью родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Гипотезы исследования: мы предполагаем, что взаимосвязь эмоционального интеллекта и коммуникативной компетентности более выражена у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), чем у родителей условно здоровых детей.

Одни из первых, кто объединили предшествующий опыт и результаты научных исследований, а также те, кто предложили теорию для более подробного изучения этого аспекта, – это западные исследователи Ж. Майер и Д. Карузо. Они отмечали, что понимание эмоционального интеллекта важно рассматривать не только с точки зрения сущности интеллекта, но также необходимости понимать и разбираться в тонкостях развития эмоциональной сферы в разные возрастные периоды [3].

Коммуникативная компетентность – личная характеристика индивида, которая отражает его способности и готовность эффективно общаться. Коммуникативная компетентность нацелена на межличностную коммуникацию и может быть ключевой в профессиональной среде и ситуациях, требующих сотрудничества и взаимодействия с другими людьми [1].

Родители детей с ОВЗ сталкиваются с уникальными вызовами, требующими высокой степени эмоциональной устойчивости и развитых коммуникативных навыков. Им приходится взаимодействовать с различными специалистами (педагогами, врачами, психологами), решать сложные бюрократические вопросы, объяснять окружающим особенности развития своего ребенка, а также справляться с собственными эмоциями, связанными со стрессом, чувством вины или тревоги. Недостаток эмоционального интеллекта может привести к конфликтам с врачами, неэффективному взаимодействию с педагогами, трудностям в интеграции ребенка в общество и, что самое важное, к ухудшению качества жизни всей семьи [4].

Материал и методы. Для проведения исследования было опрошено 42 человека, из которых 22 женского пола и 20 мужского. Средний возраст в данной выборке составил 41±0,2. Исследование было проведено на базе МБУ «Центр социальной помощи семье и детям «Заря»».

Из общей выборки нами было выделено 2 группы: родители детей, имеющие статус ОВЗ (21 человек), родители детей, не имеющие статуса ОВЗ, условно здоровые (21 человек).

Применялись следующие методики: методика «Эмоциональный интеллект» Д.В. Люсина (2006); методика исследования эмоционального интеллекта Н. Холла; методика исследования коммуникативных и организаторских склонностей (КОС) В.В. Синявского и Б.А. Федорошина (1985).

Результаты. Исследование эмоционального интеллекта по методике Д.В. Люсина показало, что в группах родителей детей с ОВЗ и родителей условно здоровых детей средние значения по общему уровню эмоционального интеллекта близки (164,95±27,86 у родителей детей с ОВЗ, 164,52±31,14 у родителей условно здоровых детей), достоверных различий не выявлено.

Исследование эмоционального интеллекта по методике Н. Холла выявило что, в группах родителей детей с ОВЗ и условно здоровых детей средние значения по общему уровню эмоционального интеллекта также близки (37,9±25,41 у родителей детей с ОВЗ, 34,14±24,5у родителей условно здоровых детей), достоверных различий не выявлено.

Исследование коммуникативной компетентности по методике КОС выявили что средние значения по коммуникативным и организаторским способностям у родителей детей с ОВЗ и условно здоровых детей близки (0,53±0,26. У родителей детей с ОВЗ, 0,54±0,23у родителей условно здоровых детей), достоверных различий не выявлено.

При проведении корреляционного анализа с помощью коэффициента Спирмена в группе родителей детей с ОВЗ выявлены значимые положительные корреляции между эмоциональным интеллектом и пониманием эмоций, самомотивацией, управлением эмоциями и эмпатией. В группе условно здоровых детей выявлены положительные корреляции между пониманием эмоций, общим уровнем эмоционального интеллекта, распознаванием эмоций других людей и эмпатией, а также связь между эмпатией и коммуникативными способностями ($r=0,47$ при $p\leq0,05$).

Выводы (резюме). Исследование не подтвердило гипотезу о взаимосвязи эмоционального интеллекта и коммуникативной компетентности у родителей детей с ОВЗ. Возможные причины: малые выборки, различия опрашиваемых, завышенные показатели. Рекомендуется использовать другие методики и более тщательно изучать основную группу. Работа вносит вклад в научное понимание взаимосвязи, но требует учета недостатков методик и подбора испытуемых.

Литература

1. Казимова Л.Т. Эмоциональный интеллект: что мы знаем и что нового? / Л.Т. Казимова // Inter education & global study. 2024. № 9 (1). С. 482–492.
2. Худолей Н.А., Горькая Ж.В. Взаимосвязь элементов эмоционального интеллекта с коммуникативными навыками / Н.А. Худолей, Ж.В. Горькая // Universum: психология и образование. 2017. № 8 (38). С. 18–21.
3. Шардан С.К., Гантамирова З.Э., Байчорова Л.Ш. Эмоциональный интеллект как предмет исследования в психологической литературе /

С.К. Шардан, З.Э. Гантамирова, Л.Ш. Байчорова // Журнал прикладных исследований. 2024. № 1. С. 165–170.
4. Raeissi P., Hamed Z., Tiba M., Sajad D., Telma Z., Giti R. Relationship between communication skills and emotional intelligence among nurses / P. Raeissi, Z. Hamed, M. Tiba, D. Sajad, Z. Telma, R. Giti// Nursing Management. 2024. Vol. 31. P. 486–492.

Анализ эффективности психокоррекционных интервенций в выборке подростков с несуицидальным самоповреждением

Мамедов Т.Н., Мохначева Я.В.
ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3», Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия
timmamedpsy@gmail.com, yavmokhnacheva@mznso.ru

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждающее поведение, стресс, тревога, депрессия, семейная структура

Analisis of the effectiveness of psychocorrectional interventions in a sample of adolescents with non-suicidal self-harm

Mamedov T.N., Mokhnacheva Y.V.
«State Novosibirsk clinical psychiatric hospital No. 3», Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
timmamedpsy@gmail.com, yavmokhnacheva@mznso.ru

Keywords: non-suicidal self-harming behavior, stress, anxiety, depression, family structure

Введение. Актуальность изучения эффективности психокоррекционных интервенций в выборке подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением (далее – НСП), прежде всего, связана с тем, что НСП является одним из наиболее важных маркеров риска суицидального поведения (далее – СП), а также важным предиктором суицидальных попыток у подростков [4]. Отечественные авторы сообщают, что распределение суицидов, суицидальных попыток и суицидальной идеации может достигать в среднем 1:10:100 [1, 2].

Исследования последних лет направлены на выявление корректируемых факторов риска суицидального поведения и возможные факторы реализации СП [3, 5]. Установлено, что особенности эмоциональной сферы, индивидуально-личностные характеристики, а также социальный аспекты выступают ведущими в психопрофилактической работе с аутодеструктивными пациентами.

Целью настоящего исследования является изучение динамики индивидуально-психологических особенностей пациентов подросткового возраста с несуицидальным самоповреждающем поведением в процессе психокоррекционных мероприятий.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3» (подростковое отделение) с сентября 2023 года по февраль 2025 года. В исследовании приняли участие 98 респондентов женского пола, разделенные на две группы: основную и группу сравнения. Основную группу исследования составили пациенты из подросткового отделения ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3» в количестве 50 человек с установленным НСП в анамнезе, возраст: 16±2 лет. В группу сравнения были включены студенты колледжей НСО без НСП в анамнезе (N=48), средний возраст которых составил – 17±2 лет.

Для оценки эффективности психокоррекционных интервенций основная группа была разделена на экспериментальную и контрольную группу. Экспериментальная группа включала в себя 25 пациентов подросткового отделения ГБУЗ НСО «ГНКПБ № 3» с НСП в анамнезе. В контрольную группу вошли пациенты той же категории (N=25), но отказавшиеся от участия в групповом тренинге.

Методики, используемые при проведении исследования: «Опросник «Ауто- и гетероагрессия»; «Шкала депрессии, тревоги и стресса (DASS 21)»; «Опросник эмоциональной регуляции (ERQ)»; «Многомерная шкала удовлетворенности жизнью (ШУДЖИ)».

В качестве метода психокоррекционной интервенции нами была разработана и апробирована тренинговая программа «Стресс – пути его преодоления».

Результаты. В поисках положительной динамики, в ходе проведенной психокоррекционной интервенции, мы использовали непараметрический статистический тест – Т-критерий Вилкоксона для сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых.

Анализируя динамические изменения показателей аутоагрессивного поведения, эмоциональной регуляции, психоэмоционального состояния и удовлетворенности жизнью в группе подростков с установленным НСП в анамнезе, мы выяснили следующие статистически значимые изменения: в экспериментальной группе наблюдалась тенденция к положительному изменению уровня аутоагрессии подростков с 7,7 до 4,1 балла (при $p<0,03$); тенденция к положительному изменению показателей эмоциональной регуляции: повышение когнитивной переоценки с 11,5 баллов до 20,8 балла (при $p<0,02$) и снижение подавления экспрессии с 18 баллов до 10,1 баллов (при $p<0,02$); тенденция к положительной

динамике показателя стресса с 12 до 6,1 балла (при $p<0,02$), положительная динамика снижения тревоги с 11,5 до 6,5 баллов (при $p<0,01$) и тенденция к снижению депрессии с 9,7 до 5.7 баллов (при $p<0,02$); общий показатель удовлетворенности жизнью повысился с 88,8 до 97,2 баллов (при $p<0,03$), показатель удовлетворенности семьей имеет незначительное, положительное изменение: с 16,7 до 18,1 баллов (при $p<0,05$), а показатель удовлетворенности собой отражает положительную тенденцию к статистически значимым результатам (при $p<0,02$), при которой значения до вмешательства составляли 15,7 баллов, а после 20,4 балла.

Выводы. Таким образом, наше исследование подчеркивает необходимость проведения психокоррекционных мероприятий для подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением, как важного компонента в улучшении индивидуально-психологических особенностей, в контексте работы с НСП. Статистически значимые различия подтверждают эффективность таких интервенций в положительной динамике индивидуально-психологических особенностей подростков и выделяют важность применения психологической работы с данной категорией людей.

Литература

1. Бойко Е.О., Васянина Ю.Ш., Мыльникова Ю.А., Алексаньян Е.К. Суицидальная активность среди детей и подростков Краснодарского края // Психическое здоровье. 2021. № 10. С. 3–7.
2. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Оценка суицидального риска при госпитализации в психиатрический стационар // Психическое здоровье. 2012. № 4. С. 33–36.
3. Fonagy P., Campbell C., Rossouw T., Bateman A. Mentalization-based therapy for adolescents. In: Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents: Translating Science into Practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2019.
4. Kaess M., Eppelmann L., Brunner R., Parzer P., Resch F., Carli V., et al. Life events predicting the first onset of adolescent direct self-injurious behavior – a prospective multicentre study // Journal of Adolescent Health. 2020. № 66. P. 195–201.
5. Witt K., Milner A., Spittal M.J., Hetrick S., Robinson J., Pirkis J., et al. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis // European Child & Adolescent Psychiatry. 2019. № 28. P. 5–18.

Клинико-психологические аспекты работоспособности работников атомной промышленности в контексте профессионального здоровья

Мохнина В.В.
ФГБУ «Северо-Западный окружной научно-клинический центр им. Л.Г. Соколова» Федерального медико-биологического агентства Санкт-Петербург, Россия
mokhninav@mail.ru

Ключевые слова: профессиональное здоровье, работоспособность, профессиональная адаптация, функциональное состояние ЦНС, атомная промышленность

Clinical and psychological aspects of nuclear industry workers' efficiency in the context of occupational health

Mokhnina V.V.
Northwestern District Scientific and Clinical Center named after L.G. Sokolov Federal Medical and Biological Agency, St. Petersburg, Russia
mokhninav@mail.ru

Keywords: occupational health, efficiency, professional adaptation, functional state of the central nervous system, nuclear industry

Введение. Обеспечение профессионального здоровья и трудового долголетия специалистов атомной промышленности – приоритетная задача медицины труда и клинической психологии [1]. Работники этой сферы функционируют в условиях специфического комплекса стрессогенных факторов: высокая ответственность, монотонность, необходимость постоянной бдительности и работа в условиях регулируемого риска. Ключевым показателем профессионального здоровья является работоспособность, понимаемая в медицинской психологии как комплексное состояние, определяемое внешними условиями и внутренними психофизиологическими ресурсами [2]. Именно она обеспечивает надежность и безопасность труда.

Существенную роль в поддержании работоспособности играют базовые свойства нервной системы (сила, лабильность, подвижность нервных процессов) и функциональные состояния ЦНС (уровень активации, утомление), которые, по В.Д. Небылицыну, являются физиологической основой психических функций [3]. Эти свойства определяют индивидуальные границы адаптации. Их оценка с использованием психофизиологических проб предоставляет объективные данные о нейродинамическом обеспечении психической деятельности, отражая работу энергетических блоков мозга по А.Р. Лурии [4].

Функциональные состояния ЦНС изменяются под влиянием возрастных факторов и хронического профессионального стресса, характерного для атомной отрасли. Это напряжение истощает ресурсы ЦНС, провоцируя тревожность, снижение толерантности к неопределённости и ригидность мышления, что ведёт к нарушению профессиональной адаптации. Такие нарушения – прямой индикатор неблагополучия профессионального здоровья [5].

Таким образом, разработка научно обоснованных алгоритмов интегративной оценки работоспособности, сочетающих клинико-психологические и психофизиологические методы, приобретает особую актуальность. Этот комплексный подход позволяет не только диагностировать нарушения, но и прогнозировать риски дезадаптации, разрабатывая превентивные программы для сохранения здоровья и работоспособности на протяжении всего трудового пути.

Материалы и методы. В проведенном нами исследовании, направленном на изучение клинико-психологических аспектов работоспособности работников атомной промышленности в контексте сохранения профессионального здоровья, выборку составили 146 человек, работающих в сфере атомной промышленности. Возраст участников исследования: от 21 до 83 лет. Средний возраст составил 39 лет. Среди участников были выделены следующие группы: 1) молодой возраст (32 и менее лет) – 34 чел, 2) средний возраст (33–49 лет) – 75 чел., 3) старший возраст (50 и более лет) – 37 чел.

Контрольную выборку составили 24 человека, работающих в сфере здравоохранения. Возраст контрольной выборки: от 26 до 65 лет. Средний возраст составил 44 года. Среди участников были выделены следующие группы: 1) молодой возраст (32 и менее лет) – 5 чел, 2) средний возраст (33–49 лет) – 12 чел., 3) старший возраст (50 и более лет) – 7 чел.

В исследования использовались следующие методы и методики:

I. Психодиагностические методики и психофизиологические пробы: Простая сенсомоторная реакция (ПСМР), Сложная сенсомоторная

реакция (ССМР), Реакция на движущийся объект (РДО), Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ).

II. Методы математической статистики: для исследования нормальности распределения был использован Тест Шапиро-Уилка. Для сравнительного анализа были использованы: тест Краскела-Уоллиса и тест Манна-Уитни (для попарного сравнения групп) с применением поправок Бонферрони и Холма. Для математического анализа использовалось программное обеспечение JASP 0.19.1. Для формирования групп были использованы данные описательной статистики.

Результаты и выводы. По результатам исследования был получен ряд статистически значимых различий между исследуемыми группами. На основании этих различий можно сделать следующие выводы о характере изменений работоспособности и профессиональной адаптации работников атомной промышленности.

1. Наблюдаются значимые изменения работоспособности и функционального потенциала работников атомной промышленности в старшем возрасте. В первую очередь это связано с наличием профессионального фактора, так как в контрольной группе отмечается иная картина возрастных изменений. Таким образом, мы можем говорить о наличии профессионально-обусловленных изменений в функционировании и работоспособности работников атомной промышленности. Подобные изменения, характеризующиеся снижением значимых показателей работоспособности, указывают на нарушение профессиональной адаптации работников атомной промышленности в старшем возрасте.
2. Характерными чертами профессионально-обусловленных изменений у лиц старшего возраста, работающих в сфере атомной промышленности, являются: снижение точности и скорости деятельности, инактивность реагирования на фоне устойчивого личностного фактора работоспособности.
3. Группы молодого и среднего возраста среди работников атомной промышленности относительно гомогенны по показателям, что указывает на сохранность и устойчивость функций, а также самой профессиональной адаптации в период молодости и зрелости.

Литература

1. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. М.: Per Se, 2001. 511 с.
2. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
3. Небылицын В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий. М.: Наука, 1976. 336 с.

4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 384 с.
5. Никифоров Г.С. Психология здоровья: Учебник для вузов. СПб.: Питер, 2003. 607 с.

Апробация проективной методики диагностики социального познания при расстройствах шизофренического спектра

Мезенцева Д.Д., Исаева Е.Р.
ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург, Россия
9389662@mail.ru

Ключевые слова: социальное познание, шизофрения, диагностика, проективная методика, прогнозирование

Approbation of the projective method for diagnostics of social cognition in schizophrenia spectrum disorders

Mezentseva D.D., Isaeva E.R.
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University
Saint Petersburg, Russia
9389662@mail.ru

Keywords: social cognition, schizophrenia, diagnostics, projective method, prediction

Введение. Социальное познание – совокупность процессов восприятия, интерпретации и прогнозирования поведения других людей – имеет ключевое значение для адаптации пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС). Нарушения в этой сфере проявляются снижением точности распознавания эмоций, трудностями атрибуции причин поведения и формированием устойчивых негативных интерпретаций событий, что ведет к ухудшению качества межличностных контактов, росту тревожности и социальной изоляции [А.В. Зотов, 2020; А.Б. Шмуклер, 2005]. В клинической практике это затрудняет реабилитацию и поддержание ремиссии, поскольку ошибки социального познания усиливают стрессовые реакции и провоцируют дезадаптивные стратегии взаимодействия. В этой связи актуальна разработка и внедрение методик, позволяющих тонко диагностировать как явные, так и латентные нарушения социального познания.

Целью исследования стала апробация диагностической чувствительности проективной методики «Клоуз-карточки» («Close Cards») для

оценки социального познания у пациентов с РШС и выявления дефицитов, значимых для планирования реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 46 человек. Основная группа включала 22 пациента с диагнозом «шизофрения» (МКБ-10: F20.0–F20.9) в состоянии ремиссии или неполной ремиссии; группа сравнения – 24 условно здоровых респондента без клинически подтверждённых психических расстройств. Методика «Клоуз-карточки» состоит из 15 карточек с изображениями социальных ситуаций, на которых часть визуальной информации намеренно скрыта. Испытуемым предлагалось описать происходящее, распознать эмоции персонажей и вероятностно спрогнозировать развитие событий. Оценивались атрибутивный стиль, способность к вероятностному прогнозированию, понимание эмоций; дополнительно фиксировалась вычурность ответов как индикатор искажений мышления [Ю.А. Клейберг, 2004]. Также применялись методики «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий». Статистический анализ выполнялся в SPSS с использованием U-критерия Манна–Уитни и корреляционного анализа Спирмена.

Результаты и обсуждение. У пациентов с РШС по сравнению с группой контроля чаще наблюдались негативные и параноидные интерпретации нейтральных или неоднозначных социальных сцен, фрагментарность описаний, снижение содержания про эмоциональные состояния, а также эмоциональная отстраненность. Эти особенности согласуются с данными о нарушении социального функционирования при шизофрении [А.Б. Смулевич, 2010; А.Б. Шмуклер, 2005]. Выявлены выраженные трудности в интеграции контекстуальных признаков и построении вероятностных прогнозов исходов взаимодействий. Чем выше уровень образования, тем лучше показатели социального познания; у женщин средние показатели были выше, чем у мужчин. Отмечена положительная связь между выраженностью искажений мышления и частотой вычурных ответов. Наибольшую диагностическую чувствительность продемонстрировали карточки с неоднозначной эмоциональной и атрибутивной нагрузкой (№ 9, 12, 13), что подтверждает пригодность методики для детекции латентных дефицитов социального восприятия и прогнозирования [E.I. Rabinovich, K.Y. Telesheva, 2025]. Полученные данные указывают, что «Клоуз-карточки» могут быть полезны не только для скрининга, но и для персонализированного планирования психосоциальных вмешательств (тренингов социального познания, психообразования семьи, когнитивно-поведенческой терапии), когда требуется прицельное воздействие на атрибутивные и предиктивные ошибки мышления.

Выводы. Проективная методика «Клоуз-карточки» показала высокую диагностическую чувствительность к нарушениям социального

познания у пациентов с РШС. Ее формат повышает вовлеченность на тестовую ситуацию, позволяя выявлять латентные когнитивные и эмоциональные дефициты. Методика перспективна для применения в диагностике при аффективных и аутистических расстройствах, а также в подростковой практике; результаты могут использоваться для оценки степени нарушения социального взаимодействия и планирования реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Зотов А.В. Социальное познание и шизофрения: от нейропсихологии к реабилитации. М.: Наука, 2020.
2. Клейберг Ю.А. Социальная перцепция. СПб.: Питер, 2004.
3. Смулевич А.Б.. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2010.
4. Шмуклер А.Б. Нарушения социального функционирования при шизофрении // Журн. невр. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. № 9. С. 45–49.
5. Rabinovich E.I., Telesheva K.Y. The Neurophysiological Features of Anticipation in Schizophrenia: A Cross-sectional Study of Event-related Potentials // Consortium PSYCHIATRICUM. 2025. № 6(2). P. 21–34.

Образ тела и самокритика у женщин при хроническом синдроме раздраженного кишечника

Мелёхин А.И.
Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина
Москва, Россия
clinmelehin@yandex.ru

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, образ тела, психлологический дистресс, депрессия, тревога, самокритика

Body image and self-criticism in women with chronic irritable bowel syndrome

Melehin A.I.
Stolypin Humanitarian Institute, Moscow, Russia
clinmelehin@yandex.ru

Keywords: irritable bowel syndrome, body image, psychological distress, depression, anxiety self-criticism

Актуальность исследования. Наблюдается значительная коморбидность между рефрактерным синдромом раздраженного кишечника (рСРК) и психическими расстройствами. От 54% до 94% пациентов соответствуют критериям по крайней мере наличия одного первичного психического расстройства (депрессии, тревожный спектр, соматоформное расстройство) [1]. Кроме того, психиатрическая коморбидность связана со снижением качества жизни, обострением симптоматики СРК и повышенной висцеральной гиперчувствительностью у данных пациентов. На основании этих результатов было высказано предположение, что *психологические факторы* играют роль в патофизиологии рСРК через взаимодействие нервной системы, психического функционирования и кишечника (энтеральной нервной системы), хотя также подтверждена роль рСРК в возникновении симптомов психологического дистресса [3; 4; 5]. Несмотря на признанный вклад психологических факторов в СРК [1; 4; 5], взаимодействие между физиологическими и поведенческими факторами, а также пути между симптомами и психологическим дистрессом, включая депрессию и тревогу, все еще неясны. Текущее

исследование направлено на улучшение нашего понимания взаимодействия между рСРК и дистрессом, который он вызывает, путем изучения различных психологических факторов, в частности оценки собственного тела (образа тела) и самокритики. Оценка тела характеризуется поддержанием у пациента положительного, гибкого восприятия своего тела, независимо от его внешнего вида, и проявлением уважения к своему телу, независимо от веса и воспринимаемых недостатков. Эта оценка также включает в себя сопротивление общественному давлению, направленному на соответствие стереотипным стандартам красоты, при оценке функциональности и здоровья тела. Исследования также показывают сильную связь между проблемами с образом тела и психологическим дистрессом у людей, страдающих различными хроническими заболеваниями, такими как фибромиалгия, эндометриоз, рак молочной железы, диабет 1 типа, псориаз и системная красная волчанка. Основываясь на этих выводах и на исследованиях, связывающих образ тела при СРК с качеством жизни, связанным со здоровьем, мы предполагаем [1], что повышенный риск психологического дистресса у пациентов с рСРК может быть частично обусловлен снижением качества их жизни из-за острой неудовлетворенности телом. Как правило, у пациентов с диагнозом СРК наблюдается менее благоприятный образ восприятия тела, они часто испытывают негативные телесные ощущения и часто воспринимают свое тело как триггер негативных эмоций. Самокритика в нашем исследовании может быть представлена как явное самокритичное познание или как чувство вины, стыда или гнева. Можно проследить сложную и циклическую связь между образом тела и самокритикой, мы следуем нашей гипотезе о том, что интенсивная самокритика, связанная с образом тела, опосредует связь между хроническим заболеванием и симптоматикой. Этот подход имеет решающее значение, поскольку понимание этих психологических элементов может способствовать разработке более персонализированных и эффективных психотерапевтических вмешательств для людей, страдающих от частых эпизодов СРК.

Гипотезы исследования: мы предполагаем, что как представление о своем теле, так и оценка своего тела, а также самокритика могут быть значимыми психологическими факторами, влияющими на психологический дистресс у пациентов с СРК. Люди с СРК будут иметь более высокий уровень симптомов депрессии и тревоги по сравнению со своими здоровыми сверстниками. Оценка своего тела, неудовлетворенность своим телом и самокритика будут опосредовать связь между СРК и психологическим дистрессом, так что люди с СРК будут проявлять меньшую психологическую заботу о своем теле и более высокий уровень негативного образа своего тела. Это, в свою очередь, будет связано с более

низкой и более высокой самокритикой. Самокритичность будет связана с более высоким уровнем психологического дистресса.

Участники исследования. Основная группа – 194 женщины, обратившиеся к клиническому психологу по рекомендации врачей-гастроэнтерологов с диагнозом рубрики К58 по МКБ-10. Средний возраст женщин составил 33,1±10,3 года, годы образования – 12,5±3,8 года. Средняя продолжительность СРК составила 38,4 месяцев, что свидетельствует о рефрактерном течении СРК. На основе IV Римских критериев диагностики подтипа СРК преобладали смешанный с абдоминальной болью (n=68, 38,4%), диарейный (n=57, 32,2%) и запорный (n=13, 7,3%) типы. Контрольная группа – 190 женщин, средний возраст 28,5±6,1 лет без жалоб и нарушений желудочно-кишечного тракта.

Методики: Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), Body Appreciation Scale (BAS), Eating Disorder Inventory (EDI, субшкала EDI-BD), Self-Compassion Scale (SCS).

Результаты. У пациентов с СРК наблюдаются выраженные симптомы генерализованного тревожного расстройствв (16,1±5,2), депрессии (21,0±5,3), изменения в пищевом поведении, включая образе теле (2,9±0,7) и высокая самокритика к себе (1,9±0,4). Все психологические переменные у пациентов с СРК значительно сопряжены друг с другом, и по всем переменным имеются групповые различия с контрольной группой. Наша гипотеза о повышенных уровнях симптомов депрессии и генерализованного тревожного расстройства среди людей с СРК была подтверждена. Среди пациентов с СРК не было обнаружено связей между возрастом постановки диагноза или появлением симптомов и уровнем симптомов депрессии или генерализованного тревожного расстройства. Нами была обнаружено прямое влияние проявлений СРК на симптомы депрессии (β=0,43, $p<0,01$). Кроме того, мы обнаружили два косвенных психологических пути, ведущих от СРК к выраженным симптомам депрессии. Один из них заключается в оценке своего тела (β=0,37, 95%, CI=[0,09–037]). Другой – в оценке своего тела, за которой следует самокритика (β =0,19, 95%, CI=[0,07–0,18]). Самокритика выражается в придирчивости к себе, чувстве вины, обидчивости, сниженное доброте к себе, самоизоляции, чрезмерной идентификации. Оба косвенных пути указывают на то, что люди с СРК имеют более высокий уровень депрессии по сравнению со своими здоровыми сверстниками. Прямого влияния СРК на симптомы генерализованного тревожного расстройства обнаружено не было. Мы обнаружили косвенный путь, ведущий от СРК к тревоге, через оценку своего тела, за которой следует самокритика (β=0,21, 95%, CI=[0,11; 0,19]). Положительные (оценка своего тела) и отрицательные (неудовлетворенность своим телом) аспекты образа тела,

наряду с самокритикой, связаны с психологическим дистрессом у пациентов, страдающих СРК. Пациенты с СРК сообщали о более высоком уровне дистресса, характеризующееся симптомами тревоги и депрессии. Этот вывод подтверждается предыдущими исследованиями наших коллег, показывающими значительную связь между СРК, тревогой и депрессией (например, [2]). Психологические последствия СРК хорошо освещены, и существует несколько ключевых факторов, способствующих усилению психологического дистресса. Например, непредсказуемый характер обострений СРК часто приводит к постоянному беспокойству и влияет на повседневную деятельность, создавая значительный стресс. Повторяющиеся боли в животе, характерные для СРК, сопровождаются с чувством беспомощности, тревоги и депрессии. Кроме того, ограничения образа жизни, налагаемые СРК, такие как частые походы в туалет и изменение рациона питания, часто приводят к социальной изоляции и одиночеству. Это может вызвать чувство смущения, стыда или самостигматизации («никогда не вылечусь»), усугубляющие социальную отчужденность и психологический дистресс. Важно отметить, что наше исследование проливает свет на представление о своем теле и самокритику как на важнейшие психологические факторы в понимании связи между СРК и психологическим дистрессом. Хотя влияние образа тела на психологический дистресс было задокументировано при различных хронических заболеваниях, это первое в России исследование такого рода в контексте СРК. Примечательно, что как позитивный (оценка тела), так и негативный (неудовлетворенность) образ тела коррелировали с психологическим благополучием. Однако только оценка состояния тела определяла связь между тяжестью СРК и психологическим дистрессом. Таким образом, это подчеркивает, что у людей с СРК причина дистресса выходит за рамки простой неудовлетворенности внешним видом. Более низкая оценка своего тела у пациентов с СРК способствовала большей самокритики и развитию дистресса. Пациенты с более низкой оценкой своего тела, вероятно, имеют повышенную самооценку функциональных возможностей своего тела, например, воспринимают свое тело как источник слабости, уязвимости, неопределенности. Такое восприятие может привести к чувству неполноценности и недоверию к своему телу, что, в свою очередь, может привести к выраженному дистрессу. Более того, страх перед заметным вздутием живота или случайным опорожнением кишечника в социальных ситуациях может вызывать беспокойство по поводу того, как их воспринимают другие люди. Постоянное беспокойство и стыд могут привести к избеганию, изоляции, пренебрежению уходом за телом и усилению дистресса с течением времени. Эти выводы подтверждаются предыдущими исследованиями, в которых

подчеркивается риск как более низкой оценки своего тела, так и большей самокритичности при развитии психологического дистресса при различных заболеваниях.

Литература

1. Choi Y., Youn Y.H., Kang S.J. Korean Society of Neurogastroenterology and Motility. 2025 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Irritable Bowel Syndrome // J Neurogastroenterol Motil. 2025. Vol. 31(2). P. 133–169. DOI: 10.5056/jnm25007
2. Marano G., Traversi G., Pola R., Gasbarrini A., Gaetani E., Mazza M. Irritable Bowel Syndrome: A Hallmark of Psychological Distress in Women? // Life (Basel). 2025. Vol. 11. P. 277. DOI: 10.3390/life15020277
3. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая терапия синдрома раздраженного кишечника. Руководство самопомощи. Москва: КТК Галактика, 2023. 224 с
4. Мелёхин А.И. Связь выражения гнева, защитных механизмов с желудочно-кишечными симптомами у женщин // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2022. Т. 14, № 5. С. 1–19.
5. Мелёхин А.И. Специфика эмоциональной дисрегуляции у женщин с различными типами синдрома раздражённого кишечника // Неврологический вестник. 2022. № 1. С. 31–45.

Переживание одиночества и выраженность суицидальных мыслей у пациентов с депрессией с разным стажем заболевания

Миняйчева М.В.[1]***, Пуговкина О.Д.***[2]
[1]*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Россия*
[2]*Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия*
olgapugovkina@yandex.ru, minyaycheva@gmail.com

Ключевые слова: депрессия, руминации, суицидальные мысли, метакогниции

Experiences of loneliness and severity of suicidal thoughts in patients with depression with varying duration of illness

Minyaycheva M.V.[1]***, Pugovkina O.D.***[2]
[1]*Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia*
[2]*Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia*
olgapugovkina@yandex.ru, minyaycheva@gmail.com

Keywords: depression, ruminations, suicidal thoughts, metacognitions

Введение. Депрессия является тяжелым аффективным расстройством, негативно влияющим на качество жизни человека и социальную адаптацию, а также тесно связана с вероятностью возникновения суицидальных мыслей. Важным фактором депрессии являются межличностные дисфункции. Одним из негативно влияющих факторов на депрессивное состояние является субъективное переживание одиночества, что может усиливать эмоциональную уязвимость пациентов и способствовать формированию суицидальных мыслей [1, 4]. Субъективное переживание одиночества носит сложно обусловленный характер. С одной стороны, это высокие, не всегда реалистичные ожидания близости отношений и качества поддержки. С другой – дефицит навыков обращаться за помощью, принимать и ценить, а также оказывать взаимную поддержку. Свойственные депрессивным пациентам искажения в автоматической

оценке содержания и качества межличностного общения приводят к тревожному диссонансу, связанному с когнитивным несоответствием между представлениями о необходимой близости, поддержке и тем объемом социальных связей, который пациент получает [3].

Исследования показывают, что при длительном течении депрессии переживание одиночества сохраняется, но воспринимается менее остро из-за снижения ожиданий социальной поддержки [2]. Характер суицидальных мыслей также меняется: от острых и эмоциональных на ранних стадиях заболевания к более устойчивым при хронификации [5].

Цель исследования – выявить взаимосвязи между переживанием одиночества, тяжестью и длительностью опыта депрессии и суицидальных мыслей у пациентов с депрессией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов с депрессией (35 – депрессивное расстройство, 38 – биполярное аффективное расстройство, 47 – рекуррентное депрессивное расстройство). Оценка проводилась с помощью шкалы депрессии А.Бека (BDI) (Beck, 1961 в адаптации Тарабрина, 2001), клинической шкалы самоотчёта SCL-90 (подшкала «межличностная сензитивность») (Derogatis, 1976; в адаптации Довженко и др., 2003) и шкалы руминаций RRS (Treynor et al., 2003; Пуговкина и др., 2021). Выраженность суицидальных переживаний оценивалась по аналогичному пункту шкалы депрессии А.Бека. Данные анализировались в статистической программе Jamovi с использованием U-критерия Манна–Уитни, корреляционного анализа Спирмена, медиационного анализа (bootstrap 5000).

Результаты. Руминации на тему переживания одиночества и выраженность суицидальных мыслей положительно коррелировали с баллами субъективной оценки депрессии (BDI) ($p<0,001$, $p<0,001$), межличностной сензитивностью (SCL-90) ($p<0,001$, $p<0,001$), руминациями на тему анергии ($p<0,001$, $p<0,001$), связанных с поиском глобальных объяснений ($p<0,001$, $p<0,001$), а также общим баллом шкалы RSS ($p<0,001$, $p<0,001$). Мысли о возможности суицида коррелировали с переживанием одиночества ($p<0,001$), а оно в свою очередь с анализом собственного пониженного настроения ($p<0,001$).

Сравнение групп в зависимости от наличия и отсутствия суицидальных размышлений показало, что в группе с положительным ответом на вопрос о подобных мыслях были значимо выше показатели депрессии, межличностной сензитивности, руминативных переживаний (анергии, поиска глобальных объяснений, общего уровня руминаций) (для всех показателей уровень значимости соответствовал $p<0,001$). Также выявлена корреляция с руминациями одиночества ($p=0,002$).

При сравнении анамнестических данных пациентов о длительности болезненного опыта в течение жизни выявлены статистически значимые

различия по уровню переживания одиночества (p=0,028). Пациенты с недавним началом депрессивных проявлений (до 2 лет) имели более высокие показатели руминативных переживаний одиночества, чем пациенты с длительностью более 3 лет.

Медиаторный анализ показал, что влияние руминативных переживаний об одиночестве на выраженность суицидальных размышлений полностью опосредовано субъективной оценкой депрессии. Косвенный эффект оказался значимым (p<0,001), тогда как прямой эффект не подтвердился (p=0,54). Таким образом, депрессия выступает медиатором связи одиночества и суицидальных переживаний.

Выводы. Руминативные переживания одиночества и выраженность суицидальных мыслей у пациентов с депрессией тесно связаны с субъективной тяжестью состояния, межличностной сензитивностью и навязчивых размышлениях об отсутствии энергии, поиска глобальных объяснений неудач и общей руминативной нагрузки. У пациентов с наличием суицидальных мыслей отмечались более высокие показатели этих характеристик.

При недавнем начале расстройства настроения (до двух лет) руминативные переживания одиночества выражены сильнее, чем при длительности болезненного опыта более трёх лет, что может отражать остроту восприятия социальной изоляции в начале болезни. Медиаторный анализ позволяет рассматривать депрессию как центральное звено, связывающее повторяющиеся мысли об одиночестве с формированием суицидальных тенденций.

Результаты исследования подчеркивают важность, во-первых, ранних психотерапевтических интервенций, направленных на предупреждение социальной изоляции пациентов за счет развития различных аспектов социального познания и социальных навыков. Согласно эмпирическим данным, именно на ранних этапах течения депрессии выше острота субъективного дистресса в связи с одиночеством и изоляции, и можно ожидать более высокую мотивацию и вовлеченность пациентов в данные психотерапевтические задачи.

Во-вторых, следует обратить внимание на результаты медиаторного анализа связи руминативных переживаний одиночества, депрессии и суицидальных размышлений – профилактика суицидальных мыслей может включать в себя своевременную коррекцию и контроль так называемой когнитивной реактивности – повышенной откликаемости руминативными размышлениями на субъективные симптомы депрессии.

Литература

1. Aadahl V., Wells A., Hallard R., Pratt D. Metacognitive Beliefs and Suicidal Ideation: An Experience Sampling Study // Int J Environ Res Public Health. 2021. Vol. 18(23), e12336.

2. Akbulut Ö.F., Pamuk K. Rumination, Loneliness, Task-Oriented Coping and Mental Well-Being Among University Students: A Serial Mediation Model // Psychol Rep. 2025.
3. Luo J., Wong N.M. L., Zhang R., Wu J., Shao R., Chan C.C. H., Lee T.M. C. A network analysis of rumination on loneliness and the relationship with depression // Nature Mental Health. 2025. Vol. 3. P. 46–57.
4. Pedersen H., Grønnæss I., Bendixen M., Hagen R., Kennair L.E.O. Metacognitions and brooding predict depressive symptoms in a community adolescent sample // BMC Psychiatry. 2022. Vol. 22(1), article 157.
5. Türk N., Çağlar A., Kalyoncu T., & Demirbaş H. Psychological strain and suicide rumination among university students: Exploring the mediating and moderating roles of depression, resilient coping, and perceived social support // Healthcare. Vol. 13(7), article 759.

Кибербуллинг – актуальная проблема современной эпохи

Михайлова И.А.
МБОУ «Холмовская СШ»
п.г.т. Холм-Жирковский, Смоленская область
psyholm67@gmail.com

Ключевые слова: кибербуллинг, травля, школа, профилактика

Cyberbullying is an actual problem of the modern era

Mikhaylova I.A.
MBEI «Kholmovskaya School», Smolensk region
psyholm67@gmail.com

Keywords: cyberbullying, bullying, school, prevention

Кибербуллинг – это один из видов психологического насилия, который «осуществляются через электронную почту, сервисы мгновенных сообщений, в чатах, социальных сетях, на web-сайтах, а также посредством мобильной связи» [1]. Профилактика кибербуллинга – это актуальная тема, которая включает в себя два проблемных поля. С одной стороны, мы имеем дело с проблемой психологического насилия или травли в подростковой среде, а с другой стороны, отдельной серьезной проблемой нашего времени являются угрозы, которые содержит в себе интернет-пространство для подрастающего поколения. Рассмотрим данные проблемные поля подробнее.

В последние годы достаточно часто в научных работах, на просторах интернета, в теленовостях можно встретить такое понятие как буллинг (психологическое насилие). Буллинг (психологическое насилие) – это многократные агрессивные действия одних детей в сторону других.

Актуальная статистика указывает на то, что проблема психологического насилия не только существует, но и процветает с каждым годом во всем мире. Согласно данным исследований Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры, в мире насчитывается около 246 миллионов детей и подростков, которые ежегодно встречаются с разными формами насилия, а также около 30% детей в возрасте от 9 до 15 лет, которые хотя бы раз в течение последнего месяца встречались с проблемой травли в школе.

25 октября 2024 года на базе ГАУ ДПО СОИРО г. Смоленск состоялась онлайн-мастерская «Профилактика буллинга в образовательной организации». На данной онлайн-мастерской была приведена статистика по распространенности буллинга в России: «до 10 % детей регулярно (раз в неделю и чаще) и 55 % эпизодически (время от времени) подвергаются тем или иным формам жестокого обращения, насилия со стороны одноклассников (младший школьный и подростковый) возраст» [2].

Приведенные данные указывают на то, что травля является социально значимой проблемой, актуальной для мирового и российского общества.

Теперь перейдем ко второму проблемному полю. На сегодняшний день наблюдает тенденция постепенного перехода преступного мира в виртуальное пространство. Интернет становится территорией для совершения следующих преступлений: угроза убийством (ст. 119 УК РФ), понуждение к действиям сексуального характера (ст. 133 УК РФ), доведение до самоубийства (ст. 110 УК РФ), публичные призывы к осуществлению экстремистской деятельности (ст. 280 УК РФ) и так далее. В данном случае перечислена только малая часть преступлений, которым взрослые и дети могут быть подвергнуты, окунувшись в мир интернета, более полная информация содержится в Перечне преступлений, совершенных с помощью сети «Интернет» [3].

Кто может быть подвергнут данным преступлениям с большей вероятностью? Актуальная статистика показывает, что самыми незащищенными категориями населения нашей страны являются дети, люди с инвалидностью, женщины, пожилые люди, мигранты. Конечно, среди указанных категорий есть те, кто огромное количество времени проводят в интернете, т.е. дети.

К сожалению, дети нередко становятся жертвами преступлений в интернете. Одной из самых громких историй по этой теме является вовлечение детей в «группы смерти» с последующим доведением до самоубийства. Помимо этого, в интернете дети становятся жертвами преступлений сексуального характера, кибербуллинга, вербовщиков экстремистских и террористических организаций.

Отдельное внимание необходимо уделить детям с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ). Обучение детей с ОВЗ в общеобразовательных организациях осуществляется благодаря системе инклюзивного образования, неотъемлемой частью которого является индивидуальное обучение на дому. Надомное обучение детей может осуществляться в том числе с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. Более того, одним из приоритетных направлений развития образования детей с ОВЗ является «Использование возможностей цифровых информационных

технологий при организации процесса образования обучающихся с инвалидностью, с ОВЗ» [4]. Интернет-пространство содержит большое количество развивающих материалов и игр для детей с ОВЗ, дает возможность им общаться со сверстниками дистанционно. То есть можно сказать, что интернет является богатым образовательным ресурсом для детей с ОВЗ, а также инструментом для их обучения посредством дистанционных образовательных технологий. Однако результат доступа к интернету детей с ОВЗ оказывается наиболее непредсказуемым и опасным. «Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья цифровизация, с одной стороны, расширила потенциал социализации посредством активного включения в социальные процессы. С другой стороны, характерные для данной категории когнитивная, личностная и аффективно-волевая незрелость, дефицит социального опыта усилили виктимогенные тенденции» [5]. Сниженные когнитивные способности, недостаточно развитое критическое мышление, незрелость эмоционально-волевой сферы делают детей с ОВЗ наиболее перспективной мишенью для преступников, а также в силу незнания и непонимания ряда правил и законов интернет может превратить и их самих в правонарушителей или преступников.

Угрозы, которые несет в себе интернет, диктуют необходимость обезопасить его для детей. Для этого государство прибегает к разным методам: запрет использования отдельных сайтов и приложений лицами не достигшими 18 лет, разработка программ Родительского контроля, блокирование отдельных сайтов и приложений, киберпатруль. Однако, как показывает статистика преступлений, этого недостаточно.

Сказанное выше указывает на необходимость уйти от ограничений детей к их просвещению по вопросам безопасного использования интернета. Профилактика кибернасилия и просвещение по вопросам безопасного использования интернета являются актуальными сегодня как никогда. Профилактика кибербуллинга находится на стыке этих проблемных полей. И, безусловно, является самостоятельной актуальной проблемой, требующей всестороннего решения.

Литература

1. Березина О.С. Социальная профилактика кибербуллинга среди подростков // Информационная безопасность и вопросы профилактики киберэкстремизма среди молодежи. 2015. С. 63–72.
2. Онлайн-мастерская «Профилактика буллинга в образовательной организации»: http://dpo-smolensk.ru/news/1107/92965/?sphrase_id=233881 (дата обращения: 13.01.2025).
3. Указание Генпрокуратуры России N 11/11, МВД России N 1 от 17.01.2023 О введении в действие перечней статей Уголовного

кодекса Российской Федерации, используемых при формировании статистической отчетности – Перечень № 25
4. «Приоритетные направления развития образования обучающихся с инвалидностью, с ограниченными возможностями здоровья до 2030 года» (утв. Минпросвещения России 30.12.2022)
5. Фоминых Е.С. Цифровые риски в проблематике безопасности информационного пространства для детей и подростков с ОВЗ //Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2023. № 4 (68). С. 311–317.

Ранняя профориентация школьников как первый этап качественной подготовки психологических кадров

Михайлова И.А.
МБОУ «Холмовская СШ»
п.г.т. Холм-Жирковский, Смоленская область
psyholm67@gmail.com

Ключевые слова: профориентация, информирование, диагностика, психология, школа

Early career guidance for schoolchilds as the first stage of high-quality training for psychological personnel

Mikhaylova I.A.
MBEI «Kholmovskaya School», Smolensk region
psyholm67@gmail.com

Keywords: career guidance, information, diagnostics, psychology, school

На сегодняшний день вопрос оказания психологической помощи в нашей стране стоит особенно остро. 1 декабря 2022 года на Конгрессе молодых ученых Президент РФ Путин В.В. заметил, что государство уделяет недостаточное количество внимания психологической помощи гражданам.

«Еще в прошлом году, по-моему, ВЦИОМ проводил социологическое обследование и вот пришел к какому выводу – 15% жителей страны нуждаются в психологической помощи, а среди молодых людей – 35%», – сказал Президент РФ [1]. Согласно общим положениям «Концепции развития системы психолого-педагогической помощи в сфере общего образования и среднего профессионального образования в Российской Федерации на период до 2030 года» (далее – Концепция) «в условиях современных социальных трансформаций, вызовов и угроз» востребованность психолого-педагогической помощи возросла [2]. Запрос на психологическую помощь в нашей стране требует принятия мер по развитию психологических служб.

Одной из проблем, с которой может столкнуться нашего государство при развитии психологических служб, является дефицит квалифицированных кадров. Согласно данным портала «Работа в России», являющегося федеральной государственной информационной системой Федеральной службы по труду и занятости, только в Смоленской области имеется более 20 вакансий специалистов психологического профиля (психологи, педагоги-психологи, медицинские психологи, психологи служебной деятельности), а если говорить о масштабах страны, то цифра будет превышать 5000 вакансий [3]. То есть тысячи людей не имеют возможности получить бесплатную квалифицированную психологическую помощь в нашем регионе и сотни тысяч в нашей стране по причине отсутствия квалифицированных специалистов. Стоит также обратить внимание на то, что речь идет только о вакансиях государственных учреждений.

Помимо этого, одной из задач Концепции является «повышение уровня доверия участников образовательных отношений к возможностям психолого-педагогической помощи и повышение престижа профессиональной деятельности педагогов-психологов (психологов в сфере образования)». Повышение престижа профессии психолога, популяризация данной профессии относится к числу важных задач системы образования.

Одним из способов решения проблемы дефицита психологов и повышения престижа профессии психолога является информирование учащихся, стоящих на пути профессионального самоопределения, о данной профессии. Использование практик профессионального ориентирования и психологического информирования поможет увеличить количество людей, знающих о профессии психолога, понимающих важность данной профессии, имеющих достаточное количество информации для понимания возможностей своего развития в данной профессии. Проведение игровых практик с детьми поможет не только проинформировать о деятельности психолога, но сформировать положительное отношение к данной профессии.

В нашей школе реализуются авторские практики, направленные на формирование у учащихся основной школы положительного отношения к профессии психолога [4]. Данные практики реализуются в рамках внеурочной деятельности. Целевой аудиторией такого рода практик становятся нормотипичные подростки с нормативным кризисом взросления 7–9 классов общеобразовательного учреждения, стоящие на пути профессионального самоопределения.

Информирование учащихся дополняется диагностикой индивидуально-психологических особенностей и способностей, а также диагностикой профессиональной направленности. Диагностические мероприятия помогают в контексте рассматриваемого вопроса

выделить учащихся, обладающих необходимыми психологическими характеристиками личности для профессии психолога (в соответствии с профессиограммой психолога) и учащихся, не обладающих ими. Помимо этого, выявляются учащиеся, имеющие мотивацию на получение психологического образования или не рассматривающие для себя профессию психолога. В зависимости от сочетания результатов данных диагностик можно выделить 4 основные группы учащихся, с которыми может вестись разная работа:

1) обладают необходимыми психологическими характеристиками + желают получить психологическое образование = индивидуальное сопровождение, профориентационные пробы, включение профессиональные в сообщества для учащихся, научно-исследовательская работа и т. п.;
2) обладают необходимыми психологическими характеристиками + не желают получить психологическое образование = информирование о профессии психолога, индивидуальное консультирование по результатам диагностики;
3) не обладают необходимыми психологическими характеристиками + желают получить психологическое образование = коррекционная и развивающая деятельность, направленная на формирование необходимых составляющих познавательной/ эмоционально-волевой/ коммуникативной сфер и т. п.;
4) не обладают необходимыми психологическими характеристиками + не желают получить психологическое образование = не целевая аудитория.

Таким образом, подходя к вопросу совершенствования качества подготовки психологов, в т. ч. клинических, необходимо начинать работу на уровне школы. Именно на этом этапе возможно при помощи технологии психологического информирования расширить представление учащихся о профессиях психологического профиля и сформировать положительное отношение к ним, а также при помощи психологической диагностики (профориентационной) выявить учащихся для дальнейшего сопровождения по пути, ведущему к психологической науке.

Литература

1. Встреча с молодыми учеными // Президент России: офиц. сайт. Москва, 2012. URL: http://www.kremlin.ru/events/president/news/69967 (дата обращения: 20.08.2025).
2. Письмо Минпросвещения России от 01.07.2024 N ДГ-1105/07 «О направлении Концепции и плана» (вместе с «Концепцией N СК-13/07вн развития системы психолого-педагогической помощи в сфере общего образования и среднего профессионального образования

в Российской Федерации на период до 2030 года», утв. Минпросвещением России 18.06.2024, «Планом мероприятий N СК-13/07вн на 2024–2030 годы по реализации Концепции развития системы психолого-педагогической помощи в сфере общего образования и среднего профессионального образования в Российской Федерации на период до 2030 года», утв. Минпросвещением России 18.06.2024).

3. Работа в России: офиц. сайт. Москва, 2021. URL: https://trudvsem.ru/ (дата обращения: 04.09.2025).
4. Михайлова И.А. Классный час «День психолога»// Сборник лучших практик по сопровождению профессионального самоопределения обучающихся общеобразовательных организаций Смоленской области. – 2023. [Электронный ресурс] URL: https://psv4.userapi.com/s/v1/d/MF8SpnALgQpdul8iS-SVhDPNhCl47Mgy9XDYBWhmit8QypfyoYzcxPmPteTWrfbfQAZVwW3RtSl2OH7cHsGy1RN_zaFpPHDbNfFCLPXAWU18GSXXCGkNdQ/Sbornik_luchshikh_praktik_po_soprovozhdeniyu_professionalnogo_samoopredelenia_obuchayuschikhsya_obscheobrazovatelnykh_organizatsiy_Smolens.pdf (дата обращения: 02.09.2025).

Т-игровая супервизия как метод оптимизации подготовки психологов(теоретический аспект)

Михеева Е.В.
Научно-практическая лаборатория «ТИГР», Москва, Россия
profnavigator.t.i@yandex.ru

Ключевые слова: супервизия, саморегуляция профессионала, метод ТИГР, идеосенсомоторные пробы, подготовка психологов

T-game supervision as a method of optimizing the training of psychologists (theoretical aspect)

Mikheeva E.V.
Scientific and Practical Laboratory "TIGER", Moscow, Russia
profnavigator.t.i@yandex.ru

Keywords: supervision, professional self-regulation, TIGER method, ideosensomotor tests, training of psychologists

Обучение психолога направлено на формирование профессиональной картины мира (как ориентировочной основой действий) и системы умений, навыков (как инструментальной составляющей). Важный шаг – установление связи между этими аспектами, настолько плотной, но дифференцированной, что специалист становится в некотором роде ловким. Образование связи обеспечивается практикой, в которой человек получает своевременную обратную связь о качестве выполненной работы и может корректировать свои действия. В свою очередь, ее несвоевременность может вести к укоренению ошибочных и даже деструктивных действий. (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, А.А. Обознов и др.).

Когда ошибки специалиста обходятся дорого, тем более, угрожают здоровью людей, применяют моделирование объективной действительности. Так будущие врачи отрабатывают навыки на искусственных и мертвых объектах. Несмотря на такую тщательную подготовку, даже высокопрофессиональные вмешательства могут вызывать неожиданные побочные эффекты [1, с. 50]. При подготовке психологов не существует даже «достаточно структурированной теории обучения, пригодной для

преподавания психотерапии и психоанализа» [2, с. 28]; а полученные знания начинающие специалисты превращают в навыки, тренируясь друг на друге и на первых клиентах. Наблюдателем в «учебной тройке», как правило, является однокурсник, но для корректного формирования комплексной профессиональной функциональной системы важны инструменты быстрой корректной обратной связи.

Цель работы обосновать возможности и условия реализации такого инструмента.

По сути, требуется модель психического, которая способна «адекватно отвечать» на интервенции психолога. Такая модель должна: иметь психическую природу; быть доступной пониманию обучающегося специалиста. То есть… быть частью его собственной психики. Теоретически, это возможно, поскольку образ психотерапевтического процесса, который формируется у специалиста в процессе его работы, неминуемо должен включать образ самого специалиста, клиента и собственно процесса; причем не только их осознаваемые аспекты, но и детали, которые в силу недостаточной квалификации специалиста не еще могут быть осознанны.

Согласно исследованиям Н.Д. Заваловой, Б.Ф. Ломова [3], этот образ одновременно является основой прогнозирования и саморегуляции, к которой применимы законы работы функциональных систем (по П.К. Анохину): 1) функциональную систему и ее конфигурацию определяет акцептор действия (в нашем случае их должно быть одновременно два: «психолог» и «клиент»); 2) в зависимости от условий, исполнительные органы функциональных систем заменимы (необходимо создать среду, в которой функциональные системы «психолог» и «клиент» будут проявляться адекватно и наглядно); 3) орган, включенный в функциональную систему, работает в силу своих возможностей, но по ее законам (возможность использовать хорошо разработанные, гибкие и подвижные элементы, например, кисть руки); 4) ведущий уровень действий определяется фокусом внимания (Н.А. Бернштейн); 5) функциональная система – продукт и орган внимания (Ю.Б. Дормашев, В.Я. Романов, [6]).

Последние два закона потребуют от начинающего специалиста развития мощного произвольного внимания, для которого в такой работе необходимо обеспечить поддержку. Все это можно смоделировать с помощью современных т-игровых технологий с их специфичными знаково-символическими средами и совокупностью эффектов неожиданности, новизны; личного, профессионального интереса; условных сигналов и др., активирующих внимание:

Для проявления обеих функциональных систем («психолога» и «клиента»), использовался метод трансформационно-интеграционной

генерации развития (ТИГР [4, 5]). Под трансформационными процессами в нем подразумевается отстройка участника от внешних социальных процессов и его выход в субъектную позицию. Интеграция происходит под воздействием необходимости управлять собой и своими действиями на основе цели-доминанты, вопреки потоку случайных событий в условиях герметичного пространства т-игровой среды.

Герметичность этого пространства обеспечивается особыми условиями распределения внимания ведущего, и позволяет исключить грубые интервенции и ведущего, и группы, включающие ожидания, интерпретации, проекции и др. [5]. Диагностика проводится с помощью серии идеосенсомоторных проб в виде броска игрового кубика с пронумерованными от 1 до 6 гранями, которые проявляют работу актуальной функциональной системы, спроецированную в искусственную знаково-символическую среду т-игры [4] с помощью правил и договоренностей. Результаты идеосенсомоторных проб заносятся в личную карту участника.

Моделирование психотерапевтического процесса. Для удобства мы взяли т-игровое поле прямоугольной формы, разделив его на временную перспективу с «последовательностью действий специалиста» и «психотерапевтическое пространство», в котором разворачивается динамика клиента. В зависимости от особенностей метода, условный «путь» специалиста может быть линейным (работа по протоколу), цикличным, алгоритмичным, ситуативным или спонтанным. Специфический рисунок инструментального воздействия может быть заложен в стимульном материале и будет зависеть от особенностей метода.

На данном этапе мы выделили лишь шесть инвариантов профессионального воздействия (это обусловлено количеством граней D6): контакт (установление, восстановление, поддержание, завершение); обозначение для клиента выбора, раскрытие возможностей и путей дальнейшей работы; активное слушание; диагностика, сбор, анализ информации, прояснение, выдвижение гипотез; интервенция, провокация (действие; вопрос; опорный образ, пример, история, метафора, аллегория; полезная модель, факт-карта, определение; обратная связь; отзеркаливание, расшифровка; поддержка; блокировка интеракций клиента); блокировка позиции специалиста**.**

Для психотерапевтического пространства и динамики реакций клиента наоборот, важен простор, поэтому его можно заложить в виде площади, в которой выделить области с разной динамикой процесса-процесс. Чтобы они оказались максимально инвариантными, можно использовать универсальную категорию степени включенности клиента в процесс. Например: внимание, интерес, процесс изменения (преобразования) и интеграция в обновленную целостность. Мы можем

договорится со специалистом, что чем ближе к интеграции, тем глубже и качественнее процесс позитивных изменений.

В таких условиях участник стремится реализовать профессионально значимую цель, вопреки потоку случайных событий, который сам же и порождает, бросая кубики или доставая наугад карточки-стимулы. Внешним ориентиром ему служат условно заданные маркеры и критерии результатов (поле актуальной позиции; успешной реализации психотерапевтического процесса и др.). Внутренне же, находясь в состоянии условной невесомости, он вынужден искать опору в своей субъектности.

Для корректной т-игровой супервизии важно исключить психодинамические эффекты. Этого можно добиться за счет наличия четырех реальностей: объективной, в которой разворачивается личностный контакт супервизора и супервизанта; двух субъектных (по Г.С. Прыгину), в которых совершается основная смысловая работа (между ними происходит субъектопорождающее взаимодействие) и т-игровой (где на основе знаково-символических триггеров, за счет идеосенсомоторных проб актуального состояния функциональных систем «психолога» и «клиента», разворачивается психодинамическая проекция взаимодействия между этими функциональными системами).

Таким образом мы получили смоделированное герметичное пространство, интерактивное взаимодействие специалиста с которым на основе четких правил и договоренностей обеспечивает специалисту:

1. Плотный непосредственный контакт с условным «клиентом» и немедленную адекватную обратную связь по результатам интервенций;
2. Активизирующую поддержку, облегчающую протекание и развитие когнитивных процессов, направленных на формирование новых профессиональных навыков;
3. Развитие профессионального внимания и умения выделять те или иные психологические феномены, объекты и т.д.;
4. Возможность качественного мониторинга, отработки разных аспектов, своевременной корректировки психотерапевтического процесса;

Апробация т-игровой супервизии проходила в рамках волонтерского проекта Российского Красного Креста с 08.2024 по 08.2025. В ней приняло участие 17 психологов с опытом работы от полугода до пяти лет. Всего было проведено 157 супервизий (онлайн, под видеозапись). Участники отмечали, что ситуация, развернувшаяся в т-игре, совпала с их видением представленного случая на 70% и более в 68% случаев; степень соответствия объективной ситуации на 70% и более, по их мнению, была в 80% случаев. При этом удовлетворенность потребностей оказалась выше ожидаемого (108,3).

Верификация такой системы потребует внедрения условных критериев на основе субъектной регуляции. В идеале критерии должны быть математическими.

Литература

1. Бехтерева Н.П. Магия мозга и лабиринты жизни. М.: АСТ, 2021. 381 с.
2. Джейкобс Д., Дональд П.Д., Мейер Дж. Супервизорство: техника и методы корректирующих консультаций. Руководство для преподавателей психодинамической психотерапии и психоанализа; Б.С.К. СПб., 1997. 233 с.
3. Завалова Н.Д., Ломов Б.Ф., Пономаренко В.А. Образ в системе психической регуляции деятельности / отв. ред. Ю.М. Забродин; АН СССР, Ин-т психологии; М.: Наука 1986. 169 с.
4. Михеева Е.В., Прыгин Г.С. Теоретическое моделирование инструмента исследования субъектности в ситуации неопределенности // Ярославский педагогический вестник. 2023. № 4(133). С. 116–128. DOI 10.20323/1813–145X_2023_4_133_116.
5. Михеева Е.В. Принципы работы с экзистенциальными запросами клиентов разных возрастов на примере метода трансформационно-интеграционной генерации развития // СМАЛЬТА. 2024. № 2. С. 77–91. DOI 10.15293/2312–1580.2402.07.
6. Романов В.Я.; Дормашев Ю.Б. Психология внимания. М.: МПСИ; Тривола, 1999. 332 с.

Нейрофизиологические и когнитивные аспекты принятия решений в моральных дилеммах у участников с биполярным аффективным расстройством

Наумов Н.Н., Исангалиева И.М.
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия
niknaum2003@yandex.ru

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, моральные дилеммы, нейрофизиология

Neurophysiological and cognitive aspects of decision-making in moral dilemmas in participants with bipolar affective disorder

N.N. Naumov, Isangalieva I.M.
V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
niknaum2003@yandex.ru

Keywords: bipolar affective disorder, moral dilemmas, neurophysiology

Введение. Принятие решений в условиях моральных дилемм представляет собой сложную когнитивную задачу, состоящую из интеграции эмоциональных и когнитивных механизмов. Исследования с применением нейрофизиологических методов, таких как электроэнцефалография (ЭЭГ) и функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), позволили выявить участие вентромедиальной префронтальной коры и миндалевидного тела в процессе моральной оценки [Raine, 2019].

В литературе особое внимание уделяется влиянию эмоционального вовлечения на принятие решений. Установлено, что высокая степень эмоциональной активации снижает склонность к риску и сопровождается изменениями в вариабельности сердечного ритма и активацией симпатической нервной системы [Fooken & Schaffner, 2016]. Кроме того, существует связь между нейрофизиологическими маркерами и индивидуальными различиями в моральных предпочтениях. Повышенная

альфа-активность и когерентность фаз дельта/тета-ритмов коррелируют с особенностями морального выбора, что указывает на значимость индивидуальных нейрофизиологических характеристик [Wolff et al., 2019].

Актуальность исследования морального выбора у лиц с аффективными расстройствами, в частности с биполярным аффективным расстройством (БАР), обусловлена необходимостью понимания специфики их поведенческих реакций в социально значимых ситуациях. Стрессовые воздействия, как показано в контексте пандемии, способны существенно модифицировать моральные установки и когнитивные стратегии, что требует учета при диагностике и психотерапевтической работе с данной категорией пациентов [Медведева и др., 2023].

Таким образом, современные данные подтверждают, что моральное поведение является результатом сложного взаимодействия нейронных, физиологических и личностных факторов. Углубленное изучение этих процессов у лиц с БАР открывает перспективы для разработки более точных моделей поведения и улучшения клинических подходов к оценке и коррекции морально значимых решений в условиях психоэмоциональной нестабильности.

Материалы и методы. Эксперимент состоял из того, что респонденты заполняли Мельбурнский опросник принятия решений (МОПР) [Корнилова, 2013]. Далее им предоставлялся набор моральных дилемм в текстовом формате. При решении этих дилемм замерялись показатели ЭЭГ, зарегистрированные с помощью системы отведений 10–20, что обеспечивало фиксацию активности мозга в различных областях. Для локализации нейрофизиологической активности использовалась система BrainSys, которая позволила выявить, на каких отведениях ЭЭГ была зафиксирована наибольшая активность в ответ на решение моральных дилемм. С помощью этого метода был проведен анализ распределения активности по различным областям мозга.

Для статистического анализа была проведена проверка нормальности распределения данных с использованием критерия Шапиро-Уилка, непараметрический критерий Манна-Уитни для выявления различий между группами, а также коэффициент корреляции Спирмена для оценки взаимосвязей между нейрофизиологическими показателями и ответами на МОПР.

Выборка. В данном исследовании приняли участие 20 испытуемых, из которых 12 были женщины и 8 мужчины. Возрастной диапазон участников варьировался от 20 до 35 лет, со средним возрастом (M ± SD) 27,4 ± 4,2 года. Среди них 12 человек без диагностированных расстройств и 8 с диагностированным биполярным аффективным расстройством.

Результаты. Анализ нейрофизиологических данных выявил, что большинство ЭЭГ-показателей и шкал опросника МОПР не соответствуют нормальному распределению ($p < 0,05$), что обоснованно применением непараметрических методов. Используя критерий Манна-Уитни, были обнаружены статистически значимые различия между группами БАР и нормы в тета-, дельта- и бета2-диапазонах, преимущественно в лобных, центральных и теменных зонах.

Корреляционный анализ выявил прочные связи между нейрофизиологическими показателями и поведенческими стратегиями: усиленная тета-активность в правой лобной области отрицательно связана со склонностью к самостоятельному принятию решений. У участников с БАР наблюдается повышенная активация в тета- и дельта-диапазонах, что может отражать перераспределение когнитивных ресурсов и усиленную эмоциональную вовлеченность при моральном выборе.

Таким образом, установлена нейрофизиологическая специфика моральных решений у лиц с БАР, выражающаяся в активации фронтальных и теменных зон, а также в связи с поведенческими установками. Эти результаты подчеркивают значимость тета-ритма в механизмах эмоциональной регуляции и указывают на потенциал применения ЭЭГ-маркеров для индивидуализированной психотерапии.

Обсуждение. Полученные данные согласуются с представлениями о вовлеченности вентромедиальной префронтальной коры в эмоциональную регуляцию при моральных суждениях. Повышенная тета- и дельта-активность в ключевых зонах у пациентов с БАР может отражать не только эмоциональную гиперреактивность, но и снижение автономности решений. Отрицательная корреляция тета-ритма с поведенческой установкой на делегирование решений подтверждает нейрофизиологическую основу стратегий выбора. Установленные различия расширяют понимание когнитивно-эмоциональных взаимодействий при моральных дилеммах и подчеркивают потенциал использования ЭЭГ-показателей в клинической диагностике и персонализированной терапии.

Выводы. Результаты исследования подтвердили гипотезу о существовании корреляции между индивидуальными различиями в нейрофизиологических показателях и поведенческими характеристиками в процессе решения моральных дилемм. Участники с биполярным аффективным расстройством (БАР) продемонстрировали повышенную активацию в тета- и дельта-диапазонах, особенно в лобных, центральных и теменных зонах, что свидетельствует об усиленной эмоциональной реактивности и перераспределении когнитивных ресурсов при моральном выборе.

Дополнительно выявлены значимые корреляции между нейрофизиологическими показателями и поведенческими шкалами опросника,

указывающие на роль эмоциональных и когнитивных компонентов в процессе принятия решений. В частности, у участников с БАР отмечена склонность к делегированию ответственности за решение более информированным лицам, что связано с особенностями тета-активности в лобных областях. Эти результаты подтверждают влияние нейрофизиологических механизмов на стратегию морального выбора и подчеркивают необходимость дальнейшего изучения индивидуальных различий в принятии решений.

Литература

1. Raine A. The Neuromoral Theory of Antisocial, Violent, and Psychopathic Behavior // Psychiatry Research. 2019. Vol. 277. P. 64–69.
2. Fooken J., Schaffner M. The Role of Psychological and Physiological Factors in Decision Making under Risk and in a Dilemma // Frontiers in Behavioral Neuroscience. 2016. Vol. 10. P. 2.
3. Wolff A., Gomez-Pilar J., Nakao T., Northoff G. Interindividual Neural Differences in Moral Decision-Making Are Mediated by Alpha Power and Delta/Theta Phase Coherence // Scientific Reports. 2019. Vol. 9.
4. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Чудова Н.В., Рассказова Е.И. Влияние пролонгированной стрессовой ситуации на мировоззренческие установки, особенности мышления и моральные решения // Социальная психология и общество. 2023. Том 14. № 4. С. 178–193.
5. Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 31. С. 4.

Терапевтический потенциал юмора и самосострадания

Немкова С.Л.
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия
sofianemkova@yandex.ru
Иванова Е.М.
Научный центр психического здоровья, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Пироговский университет), Москва, Россия
ivalenka13@gmail.com

Ключевые слова: самосострадание, сочувствие к себе, юмор, смех, психотерапия

Therapeutic Potential of Humor and Self-Compassion

Nemkova S.L.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia
sofia.nemkova@yandex.ru
Ivanova E.M.
Mental Health Research Center, Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russia
ivalenka13@gmail.com

Keywords: self-compassion, humor, laughter, psychotherapy

Введение. Социальная обстановка последних лет способствует пробуждению массового интереса к темам психического здоровья и психотерапии. Люди обращаются за помощью, получают медикаментозную поддержку, проходят групповую и индивидуальную психотерапию. В зависимости от специализации, образования, методологии и других факторов, специалисты помогающих профессий предлагают своим клиентам разные инструменты, призванные помочь в трудной жизненной ситуации. Причем это могут быть как работающие только в контакте со знающим человеком способы, так и методы самопомощи. Последние особенно важны, так как далеко не у всех действительно нуждающихся в поддержке людей есть финансовые и иные возможности получить профессиональную помощь. Кроме того, интуитивно человек и сам склонен

искать и использовать то, что может дать ему ощущение опоры и устойчивости в жизни и что будет всегда «под рукой». Так, одним из важных терапевтических инструментов и механизмов совладания и поддержки становится юмор. Он может помочь в поддержании психологического и физиологического здоровья, позволить переоценить происходящие события, снять напряжение и более позитивно взглянуть на себя и мир [1, 2]. Еще один механизм, который может быть очень терапевтичным, – это умение в трудных ситуациях отнестись к себе по-доброму, позаботиться о себе, утешить и поддержать себя. Концепция самосострадания (или сочувствия к себе), разработанная доктором психологических наук Кристин Нефф, является образцом данного подхода [4].

Терапевтическая функция юмора. Социальная направленность юмора, возможность с его помощью получать определенные выгоды, а также его способность снимать напряжение и совладающий потенциал обосновывают его практическое применение, которое становится все более популярным в психотерапии и соматической медицине. Специалисту юмор помогает продемонстрировать принятие и уважение к клиенту, настроить его на более позитивный лад, выстроить и укрепить отношения, дать пациенту больше надежды и перспектив в терапии [5]. Для клиента же юмор становится эффективной копинг-стратегией, способом посмотреть на сложные ситуации более широко, переосмыслить их как менее опасные и более перспективные, избавиться от беспокойства и чувства вины, выразить отрицательные эмоции в положительном свете. Также юмор через механизмы смеха и телесного выражения косвенно влияет на физическое состояние, способствуя отвлечению, расслаблению и смягчая негативные последствия стресса [2]. Юмор в психотерапевтической практике и реабилитации становится также средством повышения самооценки, облегчения эмоциональной боли, чувства отчаяния и беспомощности, преодоления трудных эмоций и дистанцирования от проблем. Развитие чувства юмора у пациентов может сформировать более позитивный взгляд на их опыт, что резко контрастирует с депрессивным или суицидальным мышлением, с которыми они могут сталкиваться.

Юмор может быть эффективным терапевтическим средством для детей и подростков, людей, страдающих химическими и поведенческими зависимостями, пациентов с психическими расстройствами (в т. ч. с деменцией) и соматическими заболеваниями (в т. ч. онкологическими), пациентов паллиативной помощи, людей, переживших психологическую травму, а также для самих терапевтов и медицинских работников. В последнем случае с помощью чувства юмора медицинский персонал и специалисты помогающих профессий могут справиться

с разочаровывающими сессиями, процедурами и трудно поддающимися лечению хроническими пациентами, и, как итог, с выгоранием.

Смех вместе с пациентами создает в отношениях терапевт-клиент более доверительную атмосферу, обеспечивает общность и чувство единения, снимает напряжение, сглаживает углы и усиливает чувство взаимной симпатии [1, 5].

Юмор и смех – это доступные, бесплатные и естественные терапевтические инструменты, которые можно эффективно применять в самых разных условиях, причем как самостоятельно, так и с участием различного медицинского персонала. Их использование способно, пусть и временно, облегчить повседневные эмоциональные трудности пациентов. Как дополнение к традиционным методам лечения и психотерапии, юмор может способствовать облегчению симптомов, улучшению процессов реабилитации за счёт эмоционального, когнитивного, социального и физиологического воздействия, а также расширить спектр возможностей терапии.

Роль самосострадания в психотерапии. Самосострадание, концепцию которого описывают Кристин Нефф и ее последователи, – это навык, развитие которого помогает людям чувствовать себя счастливее, быть более оптимистичными, мотивированными, открытыми и эмпатичными, более позитивно смотреть на жизнь и иметь более доверительные отношения с другими. Более доброе, внимательное и поддерживающее отношение к себе повышает качество жизни и удовлетворенностью ею и улучшает отношение человека к своему здоровью и телу. Также навык сочувствия к себе способствует снижению риска выгорания и депрессии [3].

Разработанная Кристин Нефф и Кристофером Гермером программа по развитию более сострадательного подхода к своим особенностям, трудностям и недостаткам, а также упражнения, использующиеся в их работах, опираются на актуальные научные знания, но при этом являются довольно простыми в понимании и повторении и очень эффективными [3]. Эти практики могут быть легко интегрированы в повседневную жизнь клиента, способствуя развитию устойчивости, улучшению эмоционального фона и снижению уровня внутренней критики. Регулярное применение техник самосострадания помогает клиентам справляться с трудными переживаниями, повышает осознанность и способствует формированию более доброжелательного и принимающего отношения к себе [4].

Самосострадание помогает пациентам более эффективно справляться с симптомами психических расстройств (тревогой, проблемным гневом, суицидальными и навязчивыми мыслями, парализующим чувством стыда), снижает риск самоповреждающего поведения и злоупотребления психоактивными веществами, а также помогает им ощущать

большую эмоциональную и физическую безопасность [3]. Исследования подтверждают роль навыка сочувствия к себе при работе с ПТСР, депрессией, тревожными расстройствами, расстройствами личности, расстройствами пищевого поведения, хронической болью и психосоматическими расстройствами, травмами насилия, зависимостями, суицидальным риском, психотическими симптомами через снижение самокритики, руминаций и чувства изоляции, развитие осознанности, принятия и доброты к себе, а также улучшение эмоциональной регуляции и социального функционирования [3, 4].

Самосострадание является критически важным ресурсом и для специалистов, работающих в условиях хронического стресса и эмоциональных нагрузок. Сочувствие к себе помогает в профилактике профессионального выгорания, способствует гибкости в поиске решений, снижает риск вторичной травматизации, способствует устойчивости в работе с тяжелыми случаями и улучшает эмоциональную регуляцию, помогая распознавать и принимать собственные реакции без подавления. Развитие этого навыка помогает специалистам помогающих профессий заботиться о собственном благополучии и поддерживать здоровые границы в профессиональной деятельности. Сочувствие к себе позволяет им сохранять эмпатию, не теряя себя, и оказывать более качественную помощь в долгосрочной перспективе. К тому же, когда терапевт сам является источником и образцом доброго и внимательного отношения к себе, клиенты замечают это, и эффективность работы возрастает.

Выводы. Таким образом, в психотерапии и соматической медицине юмор и самосострадание становятся доступными способами помощи клиенту и улучшения его состояния, а также являются средствами психогигиены для самого медработника или помогающего специалиста.

Литература

1. Мартин Р. Психология юмора. Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2009.
2. Немкова С.Л., Иванова Е.М. Совладающий потенциал юмора при переживании психотравмирующего опыта // Вестник Московского университета. 2025. Серия 14. Психология. № 48(1). С. 11–29.
3. Нефф К. Внутренняя сила. Как заявить о себе во весь голос и научиться отстаивать свои интересы. Москва: Изд-во «Манн, Иванов и Фербер», 2022.
4. Нефф К. Сочувствие к себе. Главная практика для внутренней опоры и счастья. Москва: Изд-во «Манн, Иванов и Фербер», 2023.
5. Olson H.A. The use of humor in psychotherapy. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1994. P. 195–198.

Шизофренический патопсихологический синдром в свете современной социокультурной трансформации: к вопросу о диагностических критериях

Нечипоренко Е.Ю.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
katerinaurievna@mail.ru
Цыганкова П.В.
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, Москва, Россия
Иванова Е.М.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Ключевые слова: шизофрения, патопсихологический синдром, ментализация, социокультурная трансформация

Schizophrenic Pathopsychological Syndrome in the Context of Modern Sociocultural Transformation: On Diagnostic Criteria

Nechiporenko E.Yu.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia
katerinaurievna@mail.ru
Tsygankova P.V.
City Clinical Hospital named after A.K. Yeramishantsev Moscow, Russia
Ivanova E.M.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, pathopsychological syndrome, mentalization, sociocultural transformation

Введение. В отечественной патопсихологической традиции шизофренический синдром трактуется как системное нарушение психической деятельности, проявляющееся в специфических искажениях мышления, регуляции эмоционально-волевой и личностной сфер [Поляков Ю.Ф., Критская В.П., Мелешко Т.П., 2004]. Диагностическими признаками в рамках патопсихологического обследования выступают разноплановость, символизация, использование латентных признаков, нарушение

смысловой направленности мышления и формальное, лишенное личностной позиции выполнение задания. При этом считается, что данные признаки отражают распад регулирующей функции сознания и внутреннего плана действия, что позволяет отграничить шизофренический синдром от других форм нарушения познавательной деятельности [там же].

Однако в последние десятилетия в патопсихологической диагностике все чаще фиксируются феномены, формально сходные с описанными нарушениями, но наблюдаемые у психически здоровых испытуемых. Эти проявления были обозначены в литературе как псевдопатопсихологические феномены (ППФ) [Алехин А.Н., Грекова А.А., 2019; Султанова А.С., 2017]. Исследования показывают, что у современных психически здоровых испытуемых при выполнении классических методик – таких как «Пиктограмма», «Классификация предметов», «Сравнение понятий» и др. – могут наблюдаться эмоционально отстраненные объяснения, неполные и субъективные классификации, буквальное понимание пословиц, символизация, размытость или фрагментарность образов Пиктограммы. Эти особенности создают риск гипердиагностики, так как по внешним параметрам такие ответы напоминают продукцию шизофренического типа [Алехин А.Н., Грекова А.А., 2019; Султанова А.С., 2017].

Появление ППФ связано с изменением культурно-исторической ситуации. Цифровизация, индивидуализация, ослабление роли опосредованного общения, снижение значимости коллективных смыслов и норм привели к изменению механизмов мышления и восприятия у психически здоровых людей. Современный испытуемый демонстрирует более выраженную опору на индивидуальные ассоциации, частные значения, визуальные и метафорические способы обработки информации. Таким образом, признаки, ранее считавшиеся специфически патологическими, сегодня фиксируются в норме.

Ментализация как дополнительный параметр патопсихологического анализа. На фоне роста псевдопатопсихологических феноменов возникает необходимость поиска новых теоретически обоснованных категорий, позволяющих уточнить структуру шизофренического патопсихологического синдрома. Одной из таких категорий представляется ментализация – как способность субъекта осмыслять собственные и чужие психические состояния, а также воспринимать ситуацию обследования как коммуникативную и личностно значимую.

В современной западной психологии ментализация рассматривается как ключевая функция, обеспечивающая понимание себя и других в терминах намерений, убеждений, чувств, восприятий [Бейтман Э.У., Фонаги П., 2016]. Однако в контексте патопсихологической диагностики данная функция остается недостаточно интегрированной.

Нарушения ментализации при шизофрении проявляются в неспособности занять адекватную ролевую позицию по отношению к экспериментатору, в затруднениях с принятием задачи как значимой, в отсутствии попытки понять ее смысл и контекст. Сама диагностическая ситуация воспринимается не как форма взаимодействия, а как не имеющая личного значения. Пациент отвечает формально, фрагментарно или чрезмерно широко, игнорируя установки, логические и этические нормы, ролевые ожидания. Это приводит к размытости мышления, нарушению социального кода ответа, к выпадению из коммуникативной рамки [Frith, C. D., Corcoran, R., 1996].

Параллельно, у испытуемых без психической патологии может наблюдаться снижение уровня ментализации и коммуникативной включенности – но носит оно качественно иной характер: может быть ситуативным, компенсируемым или стилистически обусловленным. Таким образом, анализ уровня ментализации позволяет уточнить механизм нарушений и выявить различия между патологическими и непатологическими формами продукций.

Заключение. Включение категории ментализации в патопсихологический анализ позволит актуализировать и расширить представление о шизофреническом патопсихологическом синдроме как системном нарушении психической деятельности. Нарушения ментализации отражают не только сбой в социально-коммуникативной регуляции, но и утрату смыслового и личностного отношения к задаче, выпадение из ролевой структуры обследования, дезорганизацию внутреннего плана действия. Это качественно отличает продукцию шизофренического типа от псевдопатопсихологических феноменов, наблюдаемых у здоровых лиц.

Современная ситуация требует перехода от исключительно формального анализа к комплексной диагностике, включающей изучение отношения испытуемого к заданию, уровня социальной включенности, способности к осмыслению собственных действий. Категория ментализации в этом контексте становится ценным инструментом, способным повысить чувствительность и валидность методов патопсихологического обследования в условиях социокультурных изменений.

Литература

1. Алехин А.Н. А.Н., Грекова А.А. Особенности мышления у молодых людей, фиксируемые в экспериментальных психологических исследованиях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. № 119(5). С. 107–111.
2. Бейтман Э.У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: Практикум. Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2016.

3. Поляков Ю.Ф., Критская В.П., Мелешко Т.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. Москва: Изд-во Институт психологии РАН, 2004.
4. Султанова А.С. К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике // Клиническая и специальная психология. 2017. № 6(2). С. 83–96.
5. Frith C.D., Corcoran R. Exploring «theory of mind» in people with schizophrenia // Psychological Medicine. 1996. № 26(3). P. 521–530.

Патопсихологические основы эмоционально-смыслового подхода к психологической помощи при аутизме

Никольская О.С., Баенская Е.Р.
ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва, Россия
nikolskaya@ikp.email, baenskaya@ikp.email

Ключевые слова: дети с аутизмом, патопсихологический синдром детского аутизма, искажение психического развития, эмоционально-смысловой коррекционный подход

Pathopsychological foundations of the emotional-semantic approach to psychological assistance in autism

Nikolskaya O., Baenskaya E.
Institute of Correctional Pedagogics, Moscow, Russia
nikolskaya@ikp.email, baenskaya@ikp.email

Keywords: children with autism, pathopsychological syndrome of childhood autism, distortion of mental development, emotional-semantic correctional approach

Основы нашего подхода к изучению нарушений психического развития при аутизме и поиску возможностей их коррекции были исходно определены для нас Б.В. Зейгарник, ее курсом патопсихологии и общением с ней в процессе обучения. Именно поэтому при обращении к проблеме детского аутизма нас заинтересовало не изучение отдельных клинических феноменов или психических функций ребенка, а целостные характеристики его поведения в реальной повседневной жизни и в условиях патопсихологического эксперимента. В центре внимания была специфика формирования аффективно-потребностной сферы детей и ее взаимосвязь с особенностями развития их когнитивной сферы. Мы были направлены на выявление структуры патопсихологического синдрома детского аутизма, где могут быть объединены причинно-следственными связями и объяснены все его противоречивые и парадоксальные клинические проявления и определение логики его формирования в процессе психического дизонтогенеза.

Собственные данные и свидетельства близких об особенностях жизни детей дома и специфике их раннего развития говорили о нарушении развития взаимодействия ребенка с аутизмом не только с людьми, но и со средой в целом. На первый план выступали не проблемы избирательного снижения потребности в общении или дефицитарности отдельных психических функций, а более общие базовые нарушения развития отношений детей с миром. Критическое снижение выносливости в контактах с окружением проявлялось в неадекватности их реакций на сенсорные и социальные впечатления и дефиците активности – полевом поведении одних и неспособности других активно перерабатывать информацию и адаптироваться к меняющимся условиям.

Нарушения и искажения развития проявлялись в первую очередь в аффективной сфере. Возникали не только аутистические установки отстранения или жесткого ограничения контактов с окружением, уже в раннем возрасте очерчивалась потребность в стереотипной аутостимуляции, усиливающейся в ситуациях дискомфорта и экранирующей ребенка от внешнего мира. Развитие психических функций детей также искажалось, поскольку начинало преимущественно обслуживать реализацию этой компенсаторной потребности: дефицитарность проявлялась в реальной жизни, а нереализованные возможности – в русле стереотипной, т.е. полностью контролируемой ребенком, аутостимуляции. Именно это определяло качество нарушения когнитивного развития при аутизме и парадоксальность его клинических проявлений.

Ресурсом, противостоящим угрозе аутистических расстройств, становилось как можно более раннее установление контакта ребенка с взрослыми. Формирование той первичной общности «Пра-Мы», где близкие получают возможность с помощью эмоционального заражения тонизировать и стабилизировать состояние ребенка, адекватно осмыслять и упорядочивать его впечатления, накапливать совместный позитивный опыт контактов с миром и развивать потребность ребенка в активном взаимодействии с ним.

Наш эксперимент было направлен на поиск условий, облегчающих ребенку с уже сложившимися расстройствами смягчение аутистических установок и вступление в эмоциональный контакт. Наибольшие возможности для этого давала игровая ситуация, основанная на привлекательных для него сенсорных впечатлениях и предполагающая готовность взрослого к импровизации и гибкости в использовании средств и способов вовлечения ребенка в общую активность.

Было показано, что установление эмоционального контакта с ребенком при аутизме в наибольшей степени доступно при начальном присоединении взрослого к собственной стереотипной активности детей,

чаще всего связанной с сенсорной аутостимуляцией. В этих условиях ребенок, как правило, проявляет большую выносливость к присутствию взрослого, его голосу, тактильному и зрительному контакту и позволяет эмоционально разделить с ним получаемые приятные впечатления. Это дает взрослому возможность с помощью заражения не только направлено активизировать ребенка, но и определять для него эмоциональный смысл происходящего.

Присоединение к стереотипной активности ребенка осмысляется взрослым как их общая игра, аналогичная сенсорным играм с детьми раннего возраста. В процессе нее удовольствие от сенсорных впечатлений постепенно теряет для ребенка свою исключительную самоценность и начинает поддерживать формирование его потребности в непосредственном эмоциональном контакте. Он вовлекается в процесс совместно разделенного переживания и осмысления происходящего. Взрослый получает возможность постепенно разнообразить общую игру, расставляя в ней значимые эмоциональные акценты, вводя новые привлекательные впечатления, что начинает смягчать ее стереотипный характер.

Сенсорное и эмоциональное тонизирование увеличивает устойчивость ребенка в контакте и вовлекает в коммуникацию. Более того, он может принять осмысление взрослым их общей исходно сенсорной игры как проигрыш знакомых и приятных моментов его повседневной жизни, сюжетов того, что с ним действительно происходит дома и на прогулке. В игре продолжается работа совместного осмысления и упорядочивания его жизненного пространства; накопления переживаний собственного позитивного опыта и развитие потребности в контактах с миром.

На это направлен и передаваемый близким ребенка метод невербального и вербального эмоционального комментария, сопровождающий их повседневное взаимодействие. С его помощью взрослые эмоционально сопровождают и опосредуют реальные контакты ребенка с окружением, успокаивая и тонизируя, привлекая внимание и расставляя адекватные смысловые акценты в происходящем, как это обычно и происходит в эмоциональном общении близких с детьми раннего возраста.

Опыт работы показывает, что коррекция развития эмоционально-потребностной сферы детей с аутизмом лежит в основе помощи их когнитивному развитию. При нормализации формирования аффективно-потребностной сферы открываются принципиально новые возможности когнитивного развития ребенка. Это, безусловно, не исключает понимания того, что и сами когнитивные проблемы при аутизме требуют особого коррекционного подхода, поскольку качественно отличаются от проблем детей с другими интеллектуальными нарушениями.

Постановка задач помощи ребенку с аутизмом в активном осмыслении и освоении его жизненного пространства зависят от степени выраженности нарушений его активности во взаимодействии со средой. При успешной работе они меняются в определенной последовательности, во многом соответствующей логике развития отношений с миром обычного ребенка.

Особенности когнитивного контроля у молодых взрослых, переживших эмоциональное насилие в детстве

Носань-Никольская А.Я., Фаустова А.Г.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия
Sasha.nosannikolskaya@gmail.com, Lakoniya@yandex.ru

Ключевые слова: когнитивный контроль, когнитивные функции, эмоциональное насилие, психологическая травматизация, жестокое обращение с детьми

Features of cognitive control by the people who experienced emotional abuse in childhood

Nosan-Nikolskaya A.Ya., Faustova A.G.
Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
Sasha.nosannikolskaya@gmail.com, Lakoniya@yandex.ru

Keywords: cognitive control, cognitive functions, emotional abuse, psychological trauma, child maltreatment

Введение. В исследовании распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации было установлено, что распространенность жестокого обращения с детьми высока: сексуальное насилие встречается в 5,7% случаев, физическое насилие составляет 14% случаев, на долю эмоционального насилия приходится 37,9% случаев, а эмоциональное пренебрежение встречается в 57,9% случаев [2].

Эмоциональное насилие представляет собой наиболее распространённую форму насилия, затрагивающую, согласно различным исследованиям, от 30% до 60% несовершеннолетних независимо от возрастной группы [1].

Мы рассматриваем эмоциональное насилие как форму психологического насилия, которая характеризуется повторяющимся поведением, сообщающим ребенку о его бесполезности, ущербности или нежеланности, и включает в себя широкий спектр проявлений – от обесценивания до угроз и запугивания.

Исследования указывают на то, что эмоциональное насилие может быть наиболее разрушительной разновидностью жестокого обращения, приводящей к негативным последствиям для психического развития [3].

На наш взгляд, негативные последствия эмоционального насилия, пережитого в детском возрасте, в виде нарушений когнитивного функционирования недостаточно изучены, что определяет актуальность данного исследования. Результаты исследования могут быть использованы для раннего выявления и своевременной профилактики когнитивных нарушений, а также в разработке программ психологической поддержки.

Материалы и методы. В эмпирическом исследовании приняли участие 35 человек в возрасте от 18 до 22 лет, пережившие эмоциональное насилие в детстве. Критериями исключения стали наличие других форм насилия, тяжелых черепно-мозговых травм, диагностированных психических расстройств и опыта употребления психоактивных веществ. Применялись следующие методики: чек-лист для оценки качества детско-родительских отношений (А.Г. Фаустова), анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Н.А. Польская); «Тест прокладывания путей» («Trail Making Test»); «Отыскивание чисел»; «Тест Струпа» («Stroop Test»). Математико-статистическая обработка включала применение методов описательной статистики и корреляционный анализ.

Результаты исследования. Среднее время выполнения методики «Отыскивание чисел» – 37,1±10,9 сек, преобладают низкие результаты (62,8% >35 сек). Это указывает на сниженную скорость переключения внимания, недостаточную концентрацию и устойчивость зрительного поиска, что в совокупности отражает средний/низкий уровень когнитивного контроля в выборке. Отсутствие значимого улучшения между попытками свидетельствует о слабом эффекте врабатываемости и возможной истощаемости когнитивных ресурсов. Были выявлены значительные индивидуальные различия в результатах: 8,6% испытуемых выполнили задание быстро (<25 сек), продемонстрировав высокие показатели внимания, 28,6% – со средними показателями, а 62% – с низкими. Полученные данные свидетельствуют о выраженной вариативности когнитивного контроля в выборке. Клинически значимых нарушений внимания не обнаружено, но отмечается снижение скорости зрительного поиска и переключения внимания.

Среднее время выполнения формы А «Теста прокладывания путей» составило 25,4±9,4 секунд, что соответствует нормативным значениям для данной возрастной группы. Преобладали ошибки в виде отрывов карандаша (74%), реже – ошибки последовательности (37%). При выполнении формы В обнаружено значительное увеличение среднего времени работы (до 87,9±33,9 секунд) и ошибок (отрывы – 91%, нарушения переключения – 83%). Наиболее частые ошибки: путаница цифры «3» и буквы «З» (66%), перестановки «12» и «Л/Д» (34%). Пропуски элементов встречались в 3,5 раза чаще по сравнению с формой А (71% против

20%). Данные результаты демонстрируют умеренно выраженные нарушения когнитивного контроля, преимущественно затрагивающие аспекты переключения внимания и тормозного контроля, при относительной сохранности базовых функций внимания.

При предъявлении первого стимульного материала теста Струпа (нейтрального) 68% испытуемых показали результаты в диапазоне 40–50 секунд, тогда как в интерференционном условии был выявлен значительный разброс результатов (40% <55 сек, 30% >75 сек) и рост количества ошибок (62,9% участников, в среднем – 2,1 ошибки). У 57% испытуемых обнаружен низкий/отрицательный эффект интерференции (эффективная компенсация), у 43% – выраженные трудности (14% – экстремальные задержки >30 сек, 5,6 ошибок). Выявлены компенсаторные стратегии (указание пальцем – 31,4%).

Обнаружены слабые положительные корреляционные связи между уровнем психологической травматизации и временем выполнения простых условий теста Струпа. Молодые взрослые с более высоким уровнем психологической травматизации демонстрируют некоторое замедление при выполнении относительно простых когнитивных задач, что может отражать влияние перенесенного психотравмирующего опыта на базовые когнитивные функции. Психологическая травматизация в большей степени связана с дефицитом базовых когнитивных функции (скоростью обработки информации, концентрации внимания), чем со сложными когнитивными процессами, проявляющимися в произвольном торможении импульсивного ответа и разрешении эффекта интерференции.

Выводы

1. Результаты отражают умеренные нарушения когнитивного контроля, выраженные преимущественно в переключении внимания и тормозных процессах, с высокой индивидуальной вариативностью. Психологическая травма ассоциирована с дефицитом базовых функций когнитивного контроля, но не с комплексными исполнительными функциями.
2. Трудности переключения между задачами, особенно в условиях интерференции выражались в увеличении времени выполнения и частоты ошибок.
3. Были обнаружены статистически достоверные взаимосвязи между коэффициентом психологической травматизации и выраженностью нарушений таких показателей когнитивного контроля, как скорость обработки информации, при отсутствии связи с более сложными аспектами когнитивного контроля, что свидетельствует о сложном характере связи опыта эмоционального насилия и когнитивного функционирования во взрослом возрасте.

Литература

1. Волкова Е.Н., Волкова И.В., Исаева О.М. Оценка распространенности насилия над детьми // Социальная психология и общество. 2016. Том 7. № 2. С. 19–34. DOI: 10.17759/sps.2016070202
2. Качаева М.А. и др. Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации: доклад // Копенгаген: WHO Regional Office for Europe. 2014.
3. Dye H.L. Is emotional abuse as harmful as physical and/or sexual abuse? // Journal of Child & Adolescent Trauma. 2020. Vol. 13(4). P. 399–407. DOI: 10.1007/s40653-019-00292-y

Психометрические характеристики русскоязычной версии шкалы самооценки когнитивных функций CFSS

Мишин И.Н., Кустов Г.В.,
Турчинец А.М., Герсамия А.Г., Зинчук М.С.
ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения Москвы
Москва, Россия
docmishin@vk.com

Ключевые слова: когнитивные функции, субъективные когнитивные нарушения, шкала CFSS, психометрика, депрессия

Psychometric characteristics of the Russian version of the Cognitive Functioning Self-Assessment Scale (CFSS)

Mishin I.N., Kustov G.V., Turchinets A.M., Gersamiya A.G., Zinchuk M.S.
Moscow Research and Clinical Centre for Neuropsychiatry, Moscow, Russia
docmishin@vk.com

Keywords: cognitive functions, subjective cognitive decline, CFSS scale, psychometrics, depression

Введение. Субъективные когнитивные нарушения (СКН) представляют собой жалобы пациентов на снижение памяти, внимания, скорости мышления и других когнитивных функций, не подтверждающиеся объективными отклонениями по данным нейропсихологического тестирования. По данным зарубежных исследований СКН часто встречаются у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, включая депрессию и тревожные состояния, и ассоциированы с ухудшением качества жизни, снижением функционирования и повышенным риском нейродегенерации на отдаленных этапах течения расстройств [1]. Несмотря на научную актуальность и клиническую значимость СКН, в настоящее время отсутствуют валидизированные русскоязычные инструменты для выявления и оценки тяжести субъективных когнитивных жалоб.

Шкала самооценки когнитивных функций (Cognitive Functioning Self-Assessment Scale, CFSS) была разработана в качестве универсального инструмента субъективной оценки когнитивного функционирования в контексте качества жизни [2]. Она показала высокую надёжность и к настоящему моменту адаптирована итальянском, китайском, индонезийском и турецком языках [3–5].

Целью настоящего исследования стала разработка русскоязычной версии CFSS и оценка ее психометрических свойств у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

Пациенты и методы. Перевод CFSS на русский язык был выполнен в соответствии с международными рекомендациями: прямой перевод, обратный перевод, согласование экспертной группой и утверждение автором оригинальной шкалы (профессор M.A. Annunziata). Все пациенты дали письменное согласие на участии в исследовании до выполнения любых процедур, отклоняющихся от стандартного протокола обследования пациентов. Клинико-психопатологическое обследование с постановкой диагноза психического расстройства по МКБ-10 проводилось врачом-психиатром с опытом диагностики и лечения непсихотических психических расстройств. Перед основным этапом исследования русскоязычная версия была протестирована на выборке из 16 пациентов для оценки семантической понятности.

В исследование психометрических свойств CFSS было включено 160 последовательно набранных амбулаторных и стационарных пациентов в возрасте 18–60 лет с непсихотическими психическими расстройствами, обратившихся в ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» ДЗМ. Критерии исключения: психотические расстройства, тяжёлые соматоневрологические заболевания, приём препаратов с известным влиянием на когнитивные функции в последние 30 дней, а также низкий уровень социокультурной компетентности, затрудняющий понимание вопросов.

Все пациенты заполняли анкеты до начала психотропной терапии. Использовались следующие инструменты: русскоязычная версия CFSS (18 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта от 0 до 4), шкала оценки симптомов депрессии Patient Health Questionnaire (PHQ-9), шкала оценки симптомов тревоги General Anxiety Disorder (GAD-7), а также 4 вопроса когнитивного домена опросника качества жизни Всемирной Организации Здравоохранения (WHOQOL-100).

Статистический анализ проводился в jamovi 2.3.17.0. Описательная статистика представлена как среднее (SD) для переменных с нормальным распределением и медиана [IQR] – для переменных с ненормальным распределением. Нормальность распределения суммарного балла CFSS

оценивалась с помощью критерия Шапиро–Уилка. Для анализа надежности использовался коэффициент омега Макдональда. Конвергентная валидность анализировалась с помощью корреляций Спирмена между баллами CFSS и показателями депрессии, тревоги и когнитивным доменом качества жизни. Уровень статистической значимости – $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст участников составил 33 года [23,0–44,3], 71.3% – женщины. Преобладающие диагнозы: униполярная депрессия (53,1%) и невротические, связанные со стрессом расстройства (38,1%). Большинство участников имели высшее образование (57,5%) и работали (68,8%).

Предварительное тестирование подтвердило высокую понятность формулировок: участники не испытывали трудностей при интерпретации вопросов и выборе ответов.

Средний балл по шкале CFSS составил 32,7 (SD = 13,0). Распределение баллов соответствовало нормальному (критерий Шапиро–Уилка = 0,995, $p = 0,826$), что позволяет использовать параметрические методы в дальнейших исследованиях. Коэффициент омега Макдональда составил 0,928, что указывает на высокую надёжность и отличную внутреннюю согласованность шкалы.

Анализ конвергентной валидности показал умеренную положительную корреляцию между баллами CFSS и уровнем депрессии по PHQ-9 ($r = 0,59$, $p < 0,001$) и тревоги по GAD-7 ($r = 0,27$, $p < 0,001$). Также выявлена сильная отрицательная корреляция с когнитивным доменом WHOQOL-100 ($r = –0,69$, $p < 0,001$), что соответствует ожидаемой направленности: чем выше субъективные когнитивные жалобы, тем ниже восприятие когнитивного функционирования в контексте качества жизни.

Выводы. Русскоязычная версия шкалы CFSS не вызывает трудностей с пониманием вопросов у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. Было установлено нормальное распределение баллов. Инструмент продемонстрировал высокую надежность и удовлетворительную конвергентную валидность. Выявлена прямая корреляция баллов CFSS с показателями тревоги и депрессии, а также обратная с качеством жизни. Полученные данные подтверждают, что CFSS имеет потенциал для оценки субъективных когнитивных жалоб у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

Литература

1. Jessen F., Amariglio R.E., Buckley R.F., van der Flier W.M., Han Y., Molinuevo J.L., et al. The characterisation of subjective cognitive decline // Lancet Neurol. 2020. № 19. P. 271. DOI:10.1016/S1474-4422 (19)30368-0

2. Annunziata M.A., Muzzatti B., Giovannini L., Lucchini G. Cognitive functioning self-assessment scale (CFSS): preliminary psychometric data // Psychol Health Med. 2012. № 17. P. 207–212. DOI:10.1080/13548506.2011.596552
3. Chung K.C.W., Nam S., Li S., Fan H.S.L., Wong J.Y.H., Kwok J.Y.Y., et al. Psychometric properties of the Cognitive Functioning Self-Assessment Scale in community-dwelling adults: A cross-sectional online survey // Front Psychol. 2023. № 14. e1122198. DOI:10.3389/FPSYG.2023.1122198/BIBTEX
4. Kusumadewi A.F., Dwidjoyono B.D.L., Phillabertha P.S., Vidyanti A.N., Mahardikaningrum M.S., Sakinah K., et al. Validity and Reliability of Indonesian Version of Cognitive Functioning Self-Assessment Scale (CFSS-Ina) in Online Game Users. Authorea Preprints. 2024 [cited 1 Apr 2025]. DOI:10.22541/AU.172486329.96397362/V1
5. Türütgen N., Okur İ., Delibay A.A., Demir Ç.Ö., Dönmez S., Akkurt L., et al. Cross-cultural adaptation, validity and reliability of the Turkish version of the Cognitive Functioning Self-Assessment Scale (CFSS) // Appl Neuropsychol Adult. 2025 [cited 26 May 2025]. DOI:10.1080/23279095.2025.2490846

Особенности совладающего поведения при разной выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у военных

Озерина А.А.
Российская академия образования
Московский институт психоанализа
Москва, Волгоградский государственный
медицинский университет, Волгоград, Россия
ozerinskaya@yandex.ru
Максимова О.В.
Московский институт психоанализа, г. Москва, Россия
bonyparker.o@yandex.ru

Ключевые слова: совладающее поведение, копиг-стратегии, посттравматическое стрессовое расстройство, острое стрессовое расстройство, военные

Coping behavior in different severity of symptoms of post-traumatic stress disorder in military personnel

Ozerina A.A.
Russian Academy of Education,
Moscow Institute of Psychoanalysis
Moscow, Volgograd State Medical University
Volgograd, Russia
ozerinskaya@yandex.ru
Maksimova O.V.
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
bonyparker.o@yandex.ru

Keywords: coping behavior, coping strategies, post-traumatic stress disorder, acute stress disorder, military personnel

Введение. Проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и защитно-совладающего поведения в условиях чрезвычайной ситуации является актуальной в современном обществе [2]. В настоящее время, когда люди более трех лет находятся под воздействием

экстремальных стрессоров травматического характера, а военные, участвующие в специальной военной операции, все это время работают в условиях высоких нагрузок, рассматриваемая проблема остается открытой и требует дальнейших исследований [1]. Требуют совершенствования методы коррекции, лечения, профилактики и психологической реабилитации лиц с посттравматическим стрессовым расстройством после возвращения из зоны специальной военной операции.

Материалы и методы. В ходе исследования проверялась гипотеза о том, что существуют различия в способах совладающего поведения, применении психологических защит и использовании копинг-стратегий преодоления стрессовых ситуаций у военных-участников специальной военной операции при разной выраженности у них симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Для сбора эмпирических данных были использованы следующие методики: опросник травматического стресса (ОТС), И.О. Котенев (1996), опросник «Способы совладающего поведения», Р. Лазарус (1988), адаптация НИПНИ (2009), методика измерения психологической защиты, МИПЗ, Е.Р. Пилюгина, Р.Ф. Сулейманов (2022), опросник «Преодоление трудных жизненных ситуаций», ПТЖС/SVF120, W. Janke, G. Erdmann (1985), адаптация Н.Е. Водопьяновой (2009). Для обработки эмпирических данных был применен метод математической статистики сравнительный критерий Н-Краскелла-Уоллиса.

В исследовании приняли участие 60 профессиональных военных в возрасте от 23 до 49 лет, принимающих участие в боевых действиях на протяжении 3 лет. Эмпирической базой являлась клиника Rehab Family (г. Москва).

Результаты. Для начала была проанализирована описательная статистика, в результате чего установлено, что половина респондентов демонстрируют симптомы ПТСР, причем у многих наблюдаются признаки острого стрессового расстройства (ОСР). Анализ средних значений показал, что уровень выраженности симптомов этих расстройств у части выборки превышает нормативные показатели. Для дальнейшего исследования мы разделили общую выборку на три подгруппы: военные без выраженности симптомов, ПТСР и ОСР (50% респондентов), военные без выраженности ПТСР и ОСР, но с симптомами (33% респондентов) и военные с выраженными симптомами ПТСР и ОСР (17% респондентов).

Были установлено, что показатели способов совладающего поведения, механизмов психологических защит и копинг-стратегий значимо различаются у трех групп военных (уровень значимости $p < 0,005$). Военные, у которых выражены симптомы ПТСР и ОСР, чаще всего решают свои проблемы через нецеленаправленные действия. Эти действия

направлены не на изменение ситуации, а на избегание негативных эмоций, возникающих в ответ на трудности. Наиболее им характерен способ совладающего поведения «бегство-избегание», механизмы психологической защиты – «вытеснение» и «избегание», тип преодоления фрустраций – «избегающий», негативные копинг-стратегии преодоления стрессовых ситуаций. Они склонны преодолевать свои негативные переживания, используя уклонение, которое включает в себя отрицание проблемы, фантазирование, неоправданные ожидания и отвлечение от реальности.

Военные, не имеющие выраженных симптомов ПТСР и ОСР, но испытывающие некоторые симптомы, более склонны преодолевать негативные переживания, снижая субъективную значимость проблемы и степень своей эмоциональной вовлеченности. Они чаще используют способ совладающего поведения «поиск социальной поддержки», механизм психологической защиты – «реактивное образование», тип преодоления фрустраций – «защита от вины», позитивные копинг-стратегии преодоления стрессовых ситуаций. Они активно используют внешние ресурсы, включая социальную поддержку, и стремятся найти информацию, которая может помочь. Также они могут переосмысливать проблему в положительном ключе, рассматривая её как возможность для личностного роста.

У военных, не имеющих выраженных симптомов ПТСР и ОСР, наблюдается тенденция к более целенаправленному подавлению и сдерживанию эмоций. Им в большей степени свойственен способ совладающего поведения «планирование решения», механизм психологической защиты – «юмор», тип преодоления фрустраций – «рационализирующий», позитивные копинг-стратегии преодоления стрессовых ситуаций. Они стремятся минимизировать влияние эмоций на свою оценку ситуации и выбор стратегии поведения, демонстрируя высокий уровень контроля над собой. В отличие от других групп, они осознают свою роль в возникновении проблемы и берут на себя ответственность за ее решение. Это может сопровождаться самокритикой и самообвинением, а также анализом ситуации и поиском возможных вариантов поведения. Они способны разрабатывать стратегии для решения проблем, планируя свои действия с учетом объективных условий, опыта и доступных ресурсов, а также переосмысливать проблему как стимул для личного роста.

Выводы. Анализ результатов показал, что гипотеза о различиях в стратегии применения совладающего поведения в зависимости от выраженности симптомов ПТСР у военных подтвердилась. Можно предполагать, что военные, не имеющие выраженных симптомов ПТСР и ОСР, склонны решать проблемы через анализ ситуации и возможные варианты действий. Они разрабатывают стратегии для преодоления трудностей, планируя свои шаги с учетом объективных условий, предыдущего опыта и доступных

ресурсов. Военные, у которых имеются симптомы, но не выраженные формы ПТСР и ОСР, чаще всего обращаются за помощью к внешним ресурсам. Они активно ищут информационную, эмоциональную и практическую поддержку. У лиц с выраженными симптомами ПТСР и ОСР наблюдается тенденция к уклонению от негативных переживаний. Их реакции часто проявляются в форме отрицания проблемы, фантазирования, создания неоправданных ожиданий и различных способов отвлечения.

Перспективой дальнейшего исследования в этом направлении является исследование эффективности разных психотерапевтических подходов при ПТСР у военных.

Литература

1. Авдиенко Г.Ю. Психологическая коррекция и реабилитация участников боевых действий. [Текст] / Г.Ю. Авдиенко М.: Юрайт, 2023. 299 с.
2. Бостанова Л.Ш. Особенности профилактики развития посттравматического стрессового расстройства [Текст] / Л.Ш. Бостанова, А.С. Богатырева // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2019. № 10 (176). С. 407–411.

Феноменология кризиса и личностного роста в опыте онкопациентов: экзистенциально-аналитический подход

Ольховская Е.С.
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия
elenaolkhovskaya61@gmail.com

Ключевые слова: пациенты с онкологическими заболеваниями, экзистенциальный анализ, кризис, копинг-стратегии, личностный рост

Phenomenology of Crisis and Personal Growth in the Experience of Cancer Patients: An Existential-Analytical Approach

Olkhovskaya E.S.
National Research University «Higher School of Economics», Moscow, Russia
elenaolkhovskaya61@gmail.com

Keywords: cancer patients; existential analysis; crisis; coping strategies; personal growth

Введение. Онкологические заболевания являются одной из наиболее острых медицинских и социальных проблем современности. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от онкологических заболеваний умирает около 9,7 млн. человек, и эта цифра продолжает расти [World Health Organization, 2022]. Онкологический диагноз затрагивает не только физическое состояние, но и психологическое, социальное и духовное измерения жизни пациента. Ситуация онкологического заболевания может рассматриваться как травматическая: она несет в себе угрозу жизни, вызывает сильный стресс и переживание неопределенности. Это может привести к развитию посттравматического стресса (навязчивые воспоминания, избегание, тревога, чувство бессилия). Даже в период ремиссии пациенты продолжают сталкиваться с адаптационными трудностями и сохраняющимся риском психологических нарушений [C.L. Niedzwiedz, L. Knifton, K.A. Robb, 2019].

Исследования показывают, что реакция на онкологический диагноз может иметь не только деструктивные последствия, но и посттравматический рост, проявляющийся в изменении мировоззрения, углублении отношений, обращении к духовности и более высокой оценке жизни [R. Tedeschi, L. Calhoun, 1995].

Цель настоящего исследования – описать феноменологию переживаний пациентов, в связи с опытом онкологического заболевания.

Материал и методы. Методологической основой исследования стал описательный феноменологический метод А. Джорджи. [С.Л. Зогомаз, 2019].

Для обработки и структуризации полученных данных использовалась экзистенциально-аналитическая теория четырех фундаментальных мотиваций А. Лэнгле [А. Лэнгле, 2010].

Эмпирическую базу составили глубинные полуструктурированные интервью с девятью респондентами (восемь женщин и один мужчина) в возрасте 35–62 лет, находящихся в стадии ремиссии не менее года.

Результаты. Переживания онкопациентов носили многоплановый характер и затрагивали эмоциональную, социальную и экзистенциальную сферы. Основными категориями выступали страх и угроза жизни, эмоциональный шок и растерянность, непринятие и отрицание диагноза, тревога и беспомощность, социальная изоляция и одиночество, изменение идентичности, чувство стыда и уязвимости, переживания обиды, раздражения и гнева, а также физическое истощение и постоянное ощущение неопределенности.

Копинговые реакции онкопациентов проявлялись на всех уровнях фундаментальных мотиваций. На уровне доверия к жизни доминировали страх смерти, тревога, непринятие ситуации и переживание бессилия, выражавшиеся в избегании и эмоциональном шоке. Вторая мотивация находила выражение в чувстве отграниченности, снижении чувствительности, жалости к себе. Третья мотивация была представлена переживаниями стыда, страха проявления слабости и уязвимости, а также активным поиском решений, обидой и раздражением. Четвертая мотивация проявлялась через функционирование, позволяющее сохранить привычное существование и поддерживать связь с жизнью.

Этапы проживания заболевания носили процессуальный характер и включали состояние кризиса с утратой опор, последующее обнаружение внешних и внутренних ресурсов, активность, направленную на лечение, и переживание физической и эмоциональной боли, связанной с медицинскими вмешательствами. Важным этапом становилось занятие позиции и мобилизация собственных сил, а также обхождение с утратами. Постепенно у пациентов происходило расширение взгляда на мир, обращение к новым ценностям и переоценка жизненных приоритетов.

Итогом становилось изменение картины себя, укрепление структур Я и переживание благодарности и фундаментального доверия к жизни.

Выводы. Переживания онкопациентов затрагивают телесный, эмоциональный и духовный уровни. Диагноз с длительным лечением и неопределенными прогнозами становится событием, захватывающим основы бытия и проявляющимся через страх, тревогу, беспомощность, неопределенность и изоляцию. Эти состояния во многом перекликаются с проявлениями посттравматического стресса, но не сводятся к ним, поскольку включают также вопросы идентичности, отношений и доверия к миру.

Совладание со стрессом включает разные формы: от отрицания и избегания до конструктивных стратегий, таких как поиск поддержки, духовные практики и переоценка ценностей. В динамике переживаний наблюдается трансформация: от аффективных реакций и кризиса – к формированию персональной позиции, укреплению структур Я и обращению к новым жизненным смыслам.

Несмотря на тяжесть опыта, онкологическое заболевание может становиться точкой личностных изменений. Участники отмечают укрепление доверия к жизни, расширение взгляда на мир и переживание благодарности, что открывает возможности личностного роста даже в условиях кризиса. Полученные данные могут послужить основой для разработки эффективных подходов к оказанию психологической помощи онкопациентам, ориентированных как на преодоление посттравматического стресса, так и на поддержку процессов личностного роста.

Литература

1. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ. Вена, 2010.
2. Зогомаз С.Л. Традиция качественных исследований в психологии: описательный феноменологический метод А. Джорджи // Право. Экономика. Психология. 2019. № 1(13). С. 86–92.
3. Niedzwiedz C.L., Knifton L., Robb K.A. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority // BMC Cancer. 2019. Vol. 19. P. 943.
4. Tedeschi R., Calhoun L. Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering.Thousand Oaks, 1995.
5. World Health Organization. Global Cancer Statistics. Geneva, 2022.

Особенности идентификации с героем в моделируемых конфликтных ситуациях у лиц с аффективными расстройствами в зависимости от пола

Пеева О.Д., Проничева М.М.
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России, Москва, Россия
olesya.peeva@mail.ru, mariya_pronichev@mail.ru

Ключевые слова: идентификация, конфликтная ситуация, эмпатия, аффективные расстройства

Features of identification with the hero in simulated conflict situations in persons with affective disorders depending on gender

Peeva O., Pronicheva M.
V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
olesya.peeva@mail.ru, mariya_pronichev@mail.ru

Keywords: identification, conflict situation, empathy, affective disorders

Введение. Изучение нарушений межличностного восприятия при аффективных расстройствах (АР) остается актуальной проблемой в связи с широкой их распространенностью, высоким риском социальной дезадаптации и инвалидизации больных [1, 2]. При этом отмечается, что острые конфликты и стрессогенные события являются одним из психосоциальных факторов риска возникновения и неблагоприятного течения АР [3]. Социальный контекст и его интерпретация оказывают значительное влияние на восприятие ситуации [4]. Однако, среди значимых факторов идентификации с героем воспринимаемой ситуации также отмечают половую принадлежность перципиента [5]. В связи с этим целью исследования является изучение особенностей идентификации с участником моделируемого конфликтного взаимодействия в зависимости от пола перципиентов с аффективными расстройствами.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 62 пациента с аффективными расстройствами (F31–31 чел., F33–21 чел., F32–10 чел.) в возрасте от 18 до 64 лет (32,44±13,46 лет), из которых 25 мужчин и 37 женщин.

Методический комплекс был представлен опросниками эмпатии М. Дэвиса, рефлексивности А.В. Карпова и экспериментальной процедурой восприятия конфликтов. Экспериментальная процедура включала предъявление 4-х видеозаписей единичных или длительных конфликтов с унижением или угрозой главному герою, а также нейтральной и радостной ситуации межличностного взаимодействия. Инструкция включала следующую фразу: «Внимательно посмотрите видео, представьте себя на месте одного из участников ситуации». После просмотра каждой видеозаписи фиксировались ответы обследуемых на вопросы: «На месте какого героя Вы себя представили», «Кому из героев Вы сочувствовали?». Статистическая обработка с помощью программы SPSS 26.0 включала вычисление критерия Хи-квадрат Пирсона и U критерия Манна-Уитни.

Результаты. Были выявлены половые различия в направленности эмоциональной идентификации с героями моделируемых межличностных конфликтов. Показано, что мужчины чаще испытывают сочувствие к «жертве» мужского пола (96% против 92%), а женщины – к «агрессору» женского пола (5% против 4%) при восприятии ситуации длительного конфликта с унижением достоинства. В то время как женщины чаще сочувствуют «жертве» женского пола (78% против 71%), а мужчины – «агрессору» мужского пола (33% против 24%) при восприятии ситуации длительного конфликта с физической угрозой.

Для женщин характерна повышенная склонность принимать перспективу пострадавшей стороны женского пола (76% против 54%), а для мужчин – нападающей стороны мужского пола (38% против 19%) в контексте длительного конфликта с физической угрозой. У мужской части выборки когнитивный эмпатический отклик также выражен на действия «главных героев» сцены мужского пола при восприятии ситуаций с низким уровнем эмоционального напряжения (67%, 58% против 50%, 38% при восприятии радостной и нейтральной ситуаций соответственно). Однако, у мужчин склонность демонстрировать когнитивную идентификацию с пострадавшим от длительного унижения достоинства не выражена (80% против 82%), несмотря на то им является герой мужского пола. Это может объясняться стереотипами социальных ролей, которые транслируют образ мужчины как «сильного защитника», но не «жертвы».

На уровне тенденции выявлены различия у мужчин и женщин по параметрам эмпатической заботы и ретроспективной рефлексивности. Женщины были более склонны анализировать прошлый жизненный опыт, проявлять сочувствие к несчастью других и желание помочь, чем мужчины.

Мужчины демонстрировали более высокую степень идентификации с главным героем мужского пола по сравнению с женщинами при восприятии ситуаций с низким уровнем эмоционального напряжения. У женщин была отмечена более выраженная склонность принимать перспективу пострадавшей стороны женского пола, чем у мужчин, при восприятии моделируемой ситуации длительного конфликта с физической угрозой.

При восприятии моделируемой ситуации единичного конфликта с физической угрозой женщины чаще проявляли сочувствие к не участвующим в конфликте «окружающим», чем мужчины (на уровне тенденции). Вероятно, женщины учитывали более широкий социальный контекст ситуации.

Резюме. Несмотря на выявленные тенденции, можно сделать вывод, что пол не является определяющим фактором в идентификации с участником конфликтного взаимодействия. Особенности восприятия проявляются в конкретных социальных контекстах.

Полученные данные позволяют говорить о том, что при восприятии ситуации с отсутствием явной угрозы или несправедливости основным фактором идентификации с другим может становиться сходство (в данном случае, половое). Однако большую роль в восприятии межличностного взаимодействия играет социальный контекст ситуации и эмпатические способности перципиента.

Подытоживая, следует отметить, что малый размер выборки может влиять на точность и обобщаемость выводов. Для получения более достоверных результатов необходимы дальнейшие исследования с расширением выборки и учетом не только отдельных факторов, но и их сочетания (например, пол, тип ситуации и психического заболевания), при анализе данных. Наличие выявленных значимых различий и тенденций указывает на важность продолжения исследования данной проблемы для понимания механизмов реагирования в конфликтных ситуациях.

Литература

1. Шпорт С.В., Макушкина О.А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2018–2022 гг. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2023 г. 296 с.
2. Culpepper L., Martin A., Harrington A., Wade S.W., Parikh M. A Retrospective Cross-Sectional Analysis of the Humanistic and Economic Burden of Bipolar I Disorder // Clin Ther. 2024. Vol. 46(11). P. 855–864. DOI: 10.1016/j.clinthera.2024.08.003
3. Hogg B., Valiente-Gómez A., Redolar-Ripoll D., at all. (2022) High incidence of PTSD diagnosis and trauma-related symptoms in a trauma exposed bipolar I and II sample // Front. Psychiatry. Vol. 13, e931374. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.931374

4. Агеева А.С., Стрижова И.В. Влияние контекста коммуникативной ситуации на восприятие личностных характеристик незнакомого человека // XXIII Международная научно-практическая конференция молодых исследователей образования. – Новосибирский государственный педагогический университет, 2024. С. 3.
5. Xie S., Flake J., Hehman E. Perceiver and Target Characteristics Contribute to Impression Formation Differently Across Race and Gender // Journal of Personality and Social Psychology. 2018. Vol. 117. 10.1037/pspi0000160

Симптомы посттравматического стресса у пациентов с церебральными менингиомами, направленных на стереотаксическую радиохирургию

Пенцак Ю.Ю.[1,2]***, Холмогорова А.Б.***[1,2]***,***
Евдокимова О.Л.[1]***, Гринь А.А.***[1]
[1]*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, г. Москва, Россия*
[2]*Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва, Россия*
pentsakyy@sklif.mos.ru

Ключевые слова: менингиома головного мозга, стереотаксическая радиохирургия, посттравматический стресс

Post-Traumatic Stress Symptoms in Patients with Cerebral Meningiomas Referred for Stereotactic Radiosurgery

Yuliya Pentsak[1,2]***, Alla Kholmogorova***[1,2]***,***
Olga Evdokimova[1]***, Andrey Grin***[1]
1N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia
2Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
pentsakyy@sklif.mos.ru

Keywords: meningioma, stereotactic radiosurgery, posttraumatic stress

Введение. Постановка угрожающего жизни диагноза является травматическим стрессором, что часто становится причиной возникновения симптомов посттравматического стрессового расстройства [APA, 1994]. Данная реакция на постановку диагноза обусловлена спецификой стрессора, который характеризуется длительностью воздействия и влияние которого исходит изнутри организма [Н.В. Тарабрина и др., 2015].

К таким угрожающим жизни диагнозам относятся опухолевые заболевания головного мозга. Церебральные менингиомы (ЦМ) являются

опухолями оболочек мозга и составляют 13–26% внутричерепных опухолей. Исследованию пациентов с ЦМ, проходящих нейрохирургическую операцию, посвящено достаточное количество публикаций. Полученные данные указывают на наличие признаков посттравматического стресса, высокие показатели которого соответствуют клинической картине посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [M. Kangas, J.R. Williams R. Smee, 2012].

Менее изученными являются пациенты с ЦМ небольшого размера (до 3 см в максимальном измерении), которым определены показания к стереотаксической радиохирургии (СРХ) [Пенцак Ю.Ю. и др., 2025]. Данные новообразования, как правило, протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно. Однако, даже при отсутствии очаговой неврологической симптоматики, ассоциированной с внутричерепным образованием, пациенты могут субъективно воспринимать ситуацию, связанную с постановкой диагноза и лечением данного заболевания, как жизнеугрожающую. Поэтому исследование особенностей переживания данной психотравмирующей ситуации у пациентов с ЦМ, направленных на СРХ, будет способствовать постановке научно-обоснованных задач психологической помощи пациентам, что обусловливает актуальность исследований для клинической психологии и нейрохирургии.

Цель исследования – оценить степень выраженности симптомов ПТСР у пациентов с диагнозом ЦМ, направленных на СРХ.

Материалы и методы. Выборку составили 91 пациент в возрасте от 30 до 85 лет с ЦМ, имеющие медицинские показания для проведения СРХ. Психологическую диагностику проходили все пациенты с ЦМ перед проведением СРХ в Центре радиохирургии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ». Срок постановки диагноза ЦМ на момент психологической диагностики – не менее трех месяцев. Всеми пациентами было подписано информированное согласие. Выборка имеет нормальное распределение по основным социодемографическим признакам ($p>0.001$), за исключением пола ($p <0.001$), что согласуется с данными статистики заболеваний.

Методики:

1. Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) в русскоязычной адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами – оценка выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).
2. Клиническая беседа, проводимая в формате полуструктурированного интервью согласно разработанной нами анкете.

Методы математической статистики: описательная статистика, проверка на нормальность распределения, апостериорный критерий

различий Бонферрони. Компьютерная обработка проводилась в IBM SPSS Statistics 23.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что у 19% пациентов отмечается умеренным уровнем выраженности симптомов ПТСР, а у 4% – высокий уровень.

Наиболее выраженными проявлениями ПТСР оказались: симптомы возбудимости ($\mu = 6,1$) в виде раздражительности, импульсивного поведения и проблем со сном; негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере ($\mu = 5,4$), проявляющиеся негативными убеждениями о себе или других, самообвинением, снижением интереса к ранее значимым видам деятельности; симптомами навязчивого повторения, такими как навязчивые воспоминания и повторяющиеся кошмары, связанные с травматичным событием ($\mu = 4,9$). Симптомы избегания ($\mu = 2,0$) значимо выражены у пациентов, находящихся в разводе ($p < 0,05$ по апостериорному критерию различий Бонферрони).

Важно отметить, в ходе клинической беседы было выявлено, что симптомы ПТСР у пациентов не всегда связаны с диагнозом ЦМ. Пациенты озвучивали наличие других психотравмирующие ситуации в прошлом, которые до сих пор не утратили своей значимости.

Данный аспект требует дальнейшего изучения для выявления особенностей влияния предшествующего травматичного опыта на проживание текущей стрессогенной ситуации, связанной с постановкой и лечением диагноза ЦМ у пациентов, направленных на СРХ.

Полученные данные, ставят вопрос о необходимости оказания психологической помощи пациентам с ЦМ, направленных на СРХ, для улучшения их психоэмоционального состояние. Психологические интервенции должны включать как работу с переживаниями, связанными с постановкой и лечением ЦМ, так и с переживаниями, связанными с предшествующим психотравмирующим опытом пациентов.

Выводы. У пациентов с ЦМ, направленных на СРХ, отмечаются проявления симптомов ПТСР различной степени выраженности.

1. У 4% отмечается высокий уровень выраженности симптомов ПТСР, у 19% – умеренный уровень.
2. Симптомы избегания наиболее выражены у пациентов, находящихся в разводе ($p < 0,05$ по апостериорному критерию различий Бонферрони).
3. Симптомы ПТСР у пациентов не всегда связаны с диагнозом ЦМ, а ассоциированы с иными психотравмирующими ситуациями в прошлом.
4. Важной психологической задачей является выявление симптомов ПТРС и их причин для оказание пациентам группы риска психологической помощи.

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4 ed.) / Washington, DC. 1994.
2. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у пациентов, оперированных по поводу менингиомы // Консультативная психология и психотерапия. № 23(3). С. 32–49. https://doi.org/10.17759/cpp.2015230303
3. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma // Applied Research in Quality of Life. 2012. Vol. 7, № 2. P. 163–182.
4. Психоэмоциональные особенности лиц с диагнозом «менингиома головного мозга» / Ю.Ю. Пенцак, А.Б. Холмогорова, О.Л. Евдокимова, А.А. Гринь // Современная зарубежная психология. 2025. Т. 14, № 1. С. 36–44. DOI 10.17759/jmfp.2025140104

Особенности психологического сопровождения детей с сахарным диабетом: основные принципы и задачи

Пенявская А.В.
Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия
penyavskaya@gmail.com

Ключевые слова: психологическое сопровождение, сахарный диабет 1 типа, дети, подростки

Features of psychological support for children with diabetes: basic principles and tasks

Penyavskaya A.V.
National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia
penyavskaya@gmail.com

Keywords: type 1 diabetes mellitus, psychological support, children, adolescents

Сахарный диабет 1-го типа – одно из самых распространённых хронических детских заболеваний в мире. По данным Международной федерации диабета, более 1 миллиона детей и подростков живут с диабетом первого типа [1–2]. Девочки и мальчики болеют одинаково часто. Сахарный диабет в детском и подростковом возрасте характеризуется менее стабильным течением в отличие от взрослых. Проявляется это тем, что у детей и подростков отмечаются более выраженные колебания гликемии, у них чаще встречаются эпизоды гипогликемии [2]. Это связано с разными причинами – нерегулярным питанием, лабильным уровнем двигательной активности, а также большую роль играют возрастные и психологические особенности детей. К ним можно отнести ухудшение степени компенсации с возрастом и длительностью заболевания; недостаточный уровень осведомленности о собственном заболевании, низкий уровень самоконтроля, не позволяющий детям своевременно принимать действия по урегулированию своего состояния, низкий уровень мотивации оказания самопомощи, несформированное отношение к своему заболеванию и внутренняя картина болезни [2].

В рамках осуществления лечебно – профилактических мероприятий в условиях поликлинических отделений и стационаров эндокринологического профиля наряду с медицинским сопровождением важную роль играет психологическое сопровождение детей с сахарным диабетом (СД) первого типа на всех этапах лечения (проведение психодиагностического обследования, психологических тренингов, индивидуальных консультаций). Психологическое сопровождение является неотъемлемой частью лечебно – профилактических мероприятий с целью формирования адекватной картины болезни и отношения к заболеванию у детей, предупреждения факторов и условий, приводящих к колебанию гликемии, а также с целью адаптации детей к новым условиям среды, в которые они попадают внутри стационара.

Учитывая опыт современных авторов, которые занимались разработкой и исследованием программ «Школ диабета» и сформулировали основные принципы оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом [2–3], а также на основе результатов проведённого психологического исследования и опыта проведения психокоррекционной работы с детьми с СД 1 типа [4], нами были выделены следующие основополагающие принципы психологического сопровождения детей с СД 1 типа.

1. Принцип этапности. Согласно этому принципу, психологическое сопровождение проводят на всех этапах лечебно-профилактической работы с детьми с СД в поликлинических отделениях и стационарах эндокринологического профиля.
2. Принцип интегративности, обеспечивающий в психотерапии применение различных сочетаний психологических воздействий.
3. Принцип дифференцированности психологического сопровождения предполагает дифференцированный подход к определению задач, мишеней и методов.
4. Принцип комплексности в психологическом сопровождении детей с СД предполагает учёт как биологических, так и патопсихологических, социальных аспектов заболевания.
5. Принцип системности учитывает в психологическом сопровождении воздействие на когнитивную, эмоциональную и мотивационно-поведенческую сферу детей.

Психологическое сопровождение начинают с проведения психодиагностического исследования с целью определения патопсихологических особенностей и личностных характеристик детей. После учёта выявленных патопсихологических особенностей и психологических характеристик, включающих особенности отношения к болезни, составляют программу психологического сопровождения.

Среди задач психологического сопровождения детей с СД были определены:

1. снижение эмоционального напряжения, вызванного наличием заболевания, трудностями принятия нового образа жизни, необходимостью формирования установок на лечение;
2. повышение комплаентности, формирование понимания необходимости взаимодействия с врачами по поводу лечения, а также и с другими специалистами (социальными работниками, клиническими психологами, кураторами);
3. формирование адекватной картины болезни, критики к проявляющейся симптоматики заболевания СД;
4. повышение уровня саморегуляции, навыков самоконтроля, обеспечивающих своевременное распознание симптомов и оказание самопомощи;
5. развитие навыков решения проблем и совладания с болезнью, уменьшение социальной изоляции, формирование социально приемлемого поведения в обществе;
6. формирование картины будущего, ценностно-смысловых ориентаций, что предполагает наличие у детей плана на будущее, постановку целей.

Таким образом, описанные принципы и задачи психологического сопровождения детей с СД будут способствовать более эффективному и дифференцированному подходу к построению индивидуальной программы психологического сопровождения.

Психологическое сопровождение имеет определяющее значение для профилактики осложнений СД и улучшения навыков самоконтроля ребенка, а также для формирования адекватной внутренней картины болезни, что в целом способствует повышению качества жизни ребенка.

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. 2017. № 20 (1). С. 13–41.
2. Сахарный диабет 1 типа. Что необходимо знать. Руководство для детей и их родителей / под ред. В.А. Петерковой, А.Ю. Майорова. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 104 с. DOI: 10.33029/9704-7699-4-DMT-2023-1-104.
3. Программа обучения детей с сахарным диабетом 1 типа и членов их семей. Учебно-методическое пособие для врачей и медицинских сестёр для проведения «Школ для пациентов с сахарным диабетом» / Адрианова Е.А., Титович Е.В., Емельянов А.О., Кураева Т.Л., под ред. В.А. Петерковой, А.Ю. Майорова. Москва, 2023. 92 с.

4. Программа детской школы диабета для обучения пациентов с сахарным диабетом 1 типа. Методическое пособие для врачей-эндокринологов и клинических психологов для проведения занятий в рамках курса «Школа диабета» (категория пациентов: дети 7–16 лет) / Косова А.Н., Трифонова Е.И., Пенявская А.В., под ред. Саприной Т.В. Томск, 2024. 74 с.

Протокол психолого-педагогического консультирования детей и подростков с РАС

Переверзева Д.С., Хаустов А.В.
Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ, Москва, Россия
pereverzevads@mgppu.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, диагностика РАС, консультативная помощь

Protocol for psychological and educational counseling of children and adolescents with asd: development and testing

Peverzeeva D.S., Khaustov A.V.
Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, MSUPE, Moscow, Russian Federatio
pereverzevads@mgppu.ru

Keywords: autism spectrum disorders, ASD diagnostics, advisory support

Расстройства аутистического спектра представляют собой группу нарушений развития, которые объединяет наличие трудностей общения, социального взаимодействия и стереотипный характер интересов и активности. К сопутствующим проблемам, ассоциированным с РАС, принято относить: нарушения интеллектуального развития [3]; специфические расстройства речи, нарушения поведения [4]; СДВГ [2]; особенности сенсорного [5]; нарушение моторного развития [4]; тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), депрессивное и биполярное расстройство [1]. Разнообразие клинических проявлений создает значительные трудности в создании качественной системы консультативного сопровождения семей, воспитывающей ребенка с РАС. В настоящее время не существует унифицированного алгоритма деятельности педагога-психолога в случае обращения семьи с ребенком с РАС, что в свою очередь, становится причиной поздней диагностики, препятствует своевременной организации помощи

и создает разрыв между рекомендациями специалистов медицинского и психолого-педагогического профиля.

Разработанный нами протокол раскрывает основные этапы деятельности педагога-психолога в случае обращения на консультацию семьи с ребенком, имеющим РАС / подозрением на РАС. Протокол содержит краткое описание особенностей развития при РАС, в том числе информацию о наиболее часто встречающихся сопутствующих (коморбидных состояниях), перечень особых образовательных потребностей. Раздел, посвященный диагностике, раскрывает наиболее частотные запросы, с которыми обращается семья, стратегии диагностического обследования, перечень диагностических инструментов, доступных на русском языке, и критерии их использования в зависимости от возраста и целей диагностики. В разделе, посвященном разработке рекомендаций, раскрыты их основные содержательные аспекты по следующим блокам: дополнительная диагностика, выбор образовательного маршрута, специальные образовательные условия, развитие ребенка, создание условий для его социальной адаптации, рекомендации подростку с РАС и родителям в связи с запросом, исходящим от самого подростка.

Протокол может быть реализован в рамках государственных услуг в системе, а также, применим в системе социальной защиты и здравоохранения. Протокол совместим с Клиническими рекомендациями «Расстройства аутистического спектра» Министерства здравоохранения РФ.

Литература

1. Genovese A., Butler M.G. The autism spectrum: behavioral, psychiatric and genetic associations // Genes. 2023. Vol. 14. № 3. C. 677. https://doi.org/10.3390/genes14030677
2. Lai M.C. et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis // The Lancet Psychiatry. 2019. Vol. 6. № 10. C. 819–829. https://doi.org/10.1016/S2215–0366(19)30289–5
3. Maenner M.J. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020 //MMWR. Surveillance Summaries. 2023. Vol. 72. https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1
4. Micai M. et al. Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis //Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2023. Vol. 155. e105436. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105436
5. Posar A., Visconti P. Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder //Jornal de pediatria. 2018. Vol. 94. № 4. C. 342–350. https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.08.008

Психологическая уязвимость лиц, страдающих психическими заболеваниями: от судебно-психологической экспертной оценки к превентивным целям

Переправина Ю.О.
ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского»
Минздрава России, Москва, Россия
psypyo@mail.ru

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, сделкоспособность, дееспособность, уязвимость, уязвимые группы населения

Psychological vulnerability of persons with mental disorders: from forensic psychological assessment to preventive goals

Perepravina Y.O.
Federal State Budgetary Institution
«V. Serbsky National Medical Research
Centre for Psychiatry and Narcology» of Ministry
of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
psypyo@mail.ru

Keywords: complex forensic psychological and psychiatric examination, decision making capacity, capacity, vulnerability, vulnerable groups of the population

Актуальность исследования психологической уязвимости в рамках судебно-психологической экспертной оценки обусловлена как диагностическими, так и превентивными целями, а также значимостью защиты интересов лиц, страдающих психическими заболеваниями, как уязвимой группы населения.

Нормы современного международного права не устанавливают понятие «уязвимость» и не предоставляют исчерпывающий перечень критериев, по которым лица могли бы быть определены именно в уязвимую группу населения. Как правило, в основу определения понятия включается фактор, предопределяющий уязвимость. В национальном законодательстве

государств существуют группы населения, которые нуждаются в особой защите со стороны государства и общества, также перечисляются основания для предоставления дополнительной правовой помощи.

Согласно определению ВОЗ, «уязвимые группы населения» – это какая-либо группа или часть общества с более высоким по сравнению с другими группами или остальным обществом риском подвергнуться мерам дискриминационного характера, насилию, стать жертвами природных катастроф или экономических кризисов.

В психологических исследованиях выделение уязвимых групп происходит по критерию уязвимости, которая носит социальный и психологический характер, когнитивный, информационно-психологический, клинико-психологический.

Необходимость рассмотрения фактора уязвимости обуславливается диагностическими и коррекционными, а также превентивными целями.

Задачей психолога, в таком случае, выступает изучение риска возникновения и предрасположенность человека к какому-либо психологическому, клинико- и социально-психологическому феномену, негативному влиянию факторов, приводящих к нарушению или изменению структуры психической деятельности, образу мира и отражательной деятельности.

Анализ зарубежных исследований позволяет выделить уязвимость к таким факторам как обман и влияние на человека. Отдельными понятиями в исследованиях выступают уязвимость к мошенничеству и ненадлежащему/чрезмерному влиянию лица в ходе совершения сделки.

Цель исследования – теоретико-методологический анализ понятий «уязвимость» и «уязвимые группы населения» и возможности их применения как в судебно-психологической экспертной оценке осознанной регуляции на юридически значимый период лиц, страдающих психическими заболеваниями, так и в превентивных целях.

Результаты исследования. В результате теоретико-методологического анализа были выделены критерии понятия «уязвимости». Для лиц, страдающих психическими заболеваниями, проходящих комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу или судебно-психиатрическую с участием медицинского психолога, при проведении экспериментально-психологического исследования представляется важным не только диагностика осознанной регуляции на юридически значимый период, но и исследование психологической уязвимости в виде предрасположенности к трудностям социальной адаптации, риск потери недвижимости, возникновения финансовых задолженностей, не соотносимых с ежемесячными финансовыми способностями человека, риск ухудшения психического и соматического здоровья и благополучия в силу снижения критических способностей, изменение качества жизни.

Выводы. Для разработки интегративных моделей судебно-психологической экспертной оценки и психолого-психиатрических интегративных экспертных выводов в рамках экспертиз в гражданском процессе по вопросам сделкоспособности и дееспособности, проводимых в интересах наиболее уязвимых групп населения, требуется модернизация теоретических подходов и уточнение критериев экспертной оценки, не только по нозологическим группам и предмету экспертизы, но и по фактору уязвимости. Перспективным представляется выделение фактора уязвимости при прогностической оценке сделкоспособности при проведении освидетельствований с участием психолога перед совершением сделки. Теоретические разработки и опыт исследования психологической уязвимости в рамках судебно-психологической экспертной оценки возможно будет применить при составлении профилактических программ с целью предотвращения значимых финансовых и имущественных потерь лиц, страдающих психическими заболеваниями; реабилитационных программ для лиц, проживающих в социальных учреждениях и уже потерявших единственное жилье.

Ипохондрические переживания студентов медицинского университета в зависимости от индивидуально-психологических и социально-демографических характеристик

Пестряков А.Д., Ершов Б.Б.
ФБГОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия
arseniy_moy@mail.ru

Ключевые слова: ипохондрические переживания, депрессивные состояния, студенты

Hypochondriacal experiences of medical university students depending on individual-psychological and socio-demographic characteristics

Pestriakov A.D., Ershov B.B.
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, Russia
arseniy_moy@mail.ru

Keywords: hypochondriacal experiences, depressive states, students

Актуальность. Медицинское образование подразумевает изучение в теории и в процессе учебной практики болезненных состояний хронического и острого течения. У студентов могут наблюдаться различные реакции на опыт участия в таких занятиях, в том числе и ипохондрические [5]. Представляется разумным учитывать индивидуальные реакции студентов в процессе обучения в зависимости от индивидуально-психологических особенностей и социально-демографических характеристик, что определяет актуальность настоящего исследования [4].

Цель. Определить частоту и выраженность ипохондрических переживаний (ИП) студентов медицинского университета в зависимости от их индивидуально-психологических особенностей, социально-демографических

характеристик, а также от сопутствующего опыта негативных эмоциональных состояний (тревожные и депрессивные состояния).

Материалы и методы. Был применен метод дистанционного анонимного анкетирования (Google Forms). В анкету были включены вопросы, описывающие социально-демографические показатели (пол, возраст и т. д.), содержания и направленности ипохондрических переживаний (ИП), а также вопросы о личном опыте работы в медицинских учреждениях. Также был использован опросник Айзенка (EPI), форма А [2], госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [1]. Всего в исследовании приняли участие 183 человека. В ходе анализа данных из общей выборки было исключено 56 человек, так как показатели этих участников исследования по шкале искренности опросника Айзенка (EPI) превышали критическое значение (>3), что может указывать на неискренность или на недобросовестное отношение к исследованию. Итоговая выборка составила 127 человек в возрасте от 17 до 34 лет, среди них 84,3% женского пола, 15,7% – мужского.

Обработка данных производилась в программе Microsoft Excel. Помимо описательной статистики, был применен метод корреляционного анализа r-Пирсона. Оценка нормального распределения производилась с использованием метода графического анализа диаграмм. Оценка наличия и выраженности ИП производилась с помощью подсчета положительных критериев при оценке вопросов о содержании и направленности таковых.

Результаты. Подавляющее большинство участников исследования (92,13%, 117 чел.) сообщали о наличии опыта ИП в период обучения: низкая выраженность – 41,7% (53 чел.), средняя – 39,4% (50 чел.), высокая – 11% (14 чел.). Большинство участников исследования (74,8%, 95 человек) отрицали наличие актуальных депрессивных жалоб. 25,2% (32 человека) сообщали об актуальных жалобах депрессивного характера, 18,9% (24 чел.) набрали от 8 до 10 баллов по шкале депрессии HADS, 6,3% (8 чел.) набрали 11 и более баллов (клинически выраженная депрессия). Среднее значение тревожности у студентов медицинского университета по HADS было 7,75±3,73. 48,8% (62 человека) отрицали наличие симптомов тревожного состояния. Оставшиеся 51,2% (65 чел.) распределились следующим образом: 30,7% опрошенных набрало от 8 до 10 баллов по шкале тревоги HADS, 20,5% набрало 11 и более баллов (клинически выраженная тревога). На уровне значимой статистической достоверности ($p<0,01$) были обнаружены положительные корреляционные зависимости между выраженностью ИП и наличием хронических соматических заболеваний на момент исследования, между выраженностью ИП и показателем нейротизма, между выраженностью ИП и тревожностью, а также отрицательная статистическая зависимость между

наличием ИП и наличием отношений/нахождением в браке, между наличием ИП и численным значением на шкале экстраверсии/интроверсии (EPI). На более низком уровне ($p<0,05$) были выявлены положительные корреляционные зависимости между выраженностью ИП и депрессивными состояниями, а также отрицательные корреляционные зависимости между выраженностью ИП и опытом работы, фактором средней продолжительностью нахождения на работе в мед. учреждениях.

Выводы. Полученные данные не подтверждают существенного влияния личного опыта обучения в медицинском университете или работы в медицинских учреждениях на формирование выраженных ИП, хотя большинство участников исследования так или иначе знакомы с такими переживаниями. Формирование клинически значимых ИП более вероятно у студентов с определенными индивидуально-психологическими особенностями (интроверсия, эмоциональная нестабильность), страдающими хроническими соматическими заболеваниями и склонными к выраженным тревожным состояниям. Можно предполагать, что сходные психологические проблемы у студентов с такими особенностями могли быть и при обучении в учебных учреждениях немедицинского образования. С другой стороны, наличие социальной поддержки, социальная активность студента могут рассматриваться как серьезные профилактические факторы в отношении как тревожных состояний, так и формирования ИП. Заслуживает внимания роль тревожных состояний, в отличие от депрессивных, в патогенезе ИП.

Литература

1. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. № 67. P. 361–370.
2. Курбатова Т.Н. Исследование экстраверсии-интроверсии и нейротизма (опросник Айзенка) / Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: учебное пособие / под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. СПб., «Питер», 2000. С. 289–294.
3. Новгородцева И.В., Мусихина С.Е., Пьянкова В.О. Учебный стресс у студентов-медиков: причины и проявления // Вятский медицинский вестник. 2014. № 3(4).
4. Szczurek K, Furgał N, Szczepanek D, Zaman R, Krysta K, Krzystanek M. "Medical Student Syndrome" – A Myth or a Real Disease Entity? Cross-Sectional Study of Medical Students of the Medical University of Silesia in Katowice, Poland // Int J Environ Res Public Health. 2021. Vol. 18 (18), e9884. DOI: 10.3390/ijerph18189884
5. Salkovski P.M., & Howes O.D. Health anxiety in medical students. The Lancet, 1998. 351 p.

Уровень и основные факторы дистресса у участников СВО, госпитализированных по поводу акубаротравмы

Пирогова А.С.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва, Россия
alinayulina123@mail.ru
Холмогорова А.Б.
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия; ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
holmogorovaab@mgppu.ru
Мачалов А.С.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии» ФМБА России, Москва, Россия
anton-machalov@mail.ru

Ключевые слова: акубаротравма, нарушение слуха, посттравматический стресс, факторы дистресса, факторы совладания со стрессом

Level and main factors of distress of participants of the special military operation hospitalized with acubarotrauma

Pirogova A.S.
Federal State Budgetary Institution «The National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia», Moscow, Russia
alinayulina123@mail.ru.
Kholmogorova A.B.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
Sklifosovsky Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia
holmogorovaab@mgppu.ru
Machalov A.S.
Federal State Budgetary Institution «The National Medical Research Center for Otorhinolaryngology of the Federal Medico-Biological Agency of Russia», Moscow, Russia
anton-machalov@mail.ru

Keywords: acubarotrauma, hearing impairment, post-traumatic stress, distress factors, stress coping factors

Аннотация. В исследовании рассматриваются факторы дистресса и факторы совладания со стрессом у пациентов, получивших травматическое повреждение слухового анализатора. На базе ФГБУ НМИЦО ФМБА России при поддержке фонда «Защитники Отечества» обследованы 23 участника СВО, проходивших слухоречевую реабилитацию. По результатам проведённого исследования у четверти пациентов (26%) установлен предварительный диагноз ПТСР, что свидетельствует о психотравмирующем влиянии обстоятельств получения акубаротравмы на состояние респондентов. Результаты исследования также демонстрируют, что около половины респондентов выражают серьезные опасения относительно собственного будущего, перспектив трудоустройства и финансового благополучия вследствие нарушений слуха, вызванных акубаротравмой. Наиболее важными факторами, снижающими уровень дистресса по субъективной оценке участников опроса, оказались источники внешней поддержки (эмоциональная поддержка со стороны семьи, друзей, медицинского персонала) и внутреннего ресурса (позитивный самонастрой, юмор, молитвы).

Введение. Взрывная ударная волна является основным поражающим фактором в условиях современного вооруженного конфликта. Воздействие на организм громкого звука и резкого повышения давления воздуха в окружающей среде приводит к развитию акубаротравмы [1].

Согласно недавно опубликованным данным отечественных авторов, в структуре входящего потока раненых на втором уровне оказания медицинской помощи (квалифицированная хирургическая помощь) 32,87% всех раненых были с легкой черепно-мозговой травмой в сочетании с акубаротравмой [2].

Анализ структуры боевой лор-травмы в современных вооруженных конфликтах показал, что преобладают повреждения органа слуха. Их доля составляет от 60% до 80% в структуре травм лор-органов, что связано с преобладанием минно-взрывной этиологии боевых поражений [3].

Метод. Исследование проводилось на базе ФГБУ НМИЦО ФМБА России при поддержке фонда «Защитники Отечества» с февраля по июль 2025 года. Участие в нём приняли 23 респондента мужского пола в возрасте от 40 до 63 лет (средний возраст 47,2 лет). Исследование проводилось в один этап, в ходе которого участникам предлагалось заполнить персональную анкету для сбора анамнестических и социально-демографических данных и ряд диагностических методик (термометр дистресса, шкала безнадёжности Бека, HADS и PCL-5).

Результаты и обсуждение. На основании данных анкетирования и клинической беседы получены следующие данные социально-демографических характеристик обследуемой группы: пол мужской – 100%; возраст от 40 до 63 лет (средний возраст 47,2 лет); семейный статус – женат 60,9 %, не женат – 39,1%; образование – высшее – 47,8% среднее специальное – 30,4% среднее общее – 17,4%, неполное среднее общее –4,3%. С точки зрения соматического состояния пациенты чаще всего предъявляли жалобы на звон (шум) в ушах (87%), боли (47,8%), бессонницу (39,1%), головокружения (34,8%) и нарушения сердечного ритма (30,4%). Психоэмоциональные переживания респондентов были преимущественно связаны с навязчивыми воспоминаниями о военных действиях (47,8%), с повышенной тревожностью (17,4%), а также с неконтролируемой агрессией (13%). По результатам методики «термометр дистресса» ведущими факторами дистресса для пациентов с акубаротравмой являются: страх возможных осложнений (56,5%), трудности с работой (47,8%) и финансовые трудности (47,8%), наличие информации о неблагоприятных последствиях нарушения слуха у других (47,8%), а также трудности планирования будущего и нарушенные жизненные планы (39,1%).

В качестве ведущих факторов, способствующих совладанию со стрессовыми событиями, пациенты, в первую очередь, выделяют источники внешней поддержки и внутреннего ресурса: юмор (82,6%) и позитивный самонастрой (82,6%), эмоциональная поддержка со стороны семьи (82,6%) и друзей (78,3%), предшествующий опыт совладания со стрессом (73,9%) и молитва (73,9%), эмоциональная поддержка со стороны врачей и медицинского персонала (65,2%), ощущение поддержки и сочувствия со стороны окружающих (60,9%), финансовая помощь родственников (47,8%), работодателя (43,5%) и друзей (39,1%). У 26% пациентов установлен предварительный диагноз ПТСР в соответствии с данными опросника PCL-5, что свидетельствует о психотравмирующем влиянии обстоятельств получения акубаротравмы на состояние респондентов.

Заключение. Таким образом, среди пациентов, получивших акубаротравму, наблюдается высокий уровень психологической травматизации. Результаты исследования демонстрируют, что около половины респондентов выражают серьезные опасения относительно собственного будущего, перспектив трудоустройства и финансового благополучия вследствие нарушений слуха, вызванных акубаротравмой. Это значительно повышает уровень тревожности пациентов относительно дальнейшей социальной адаптации.

Литература

1. Сыроежкин Ф.А., Юмакаев Д.З., Голованов А.Е., Устинов С.Р., Кузнецов М.С. Влияние акубаротравмы на состояние слуха в условиях современного вооруженного конфликта // Российская оториноларингология. 2024. № 23(2). С. 66–72. https://doi.org/10.18692/1810-4800-2024-2-66-72
2. Касимов Р.Р., Овчаров О.М., Самохвалов И.М., Завражнов А.А., Рева В.А., Чуприна А.П., Лахин Р.Е., Кудряшов В.В., Скакунова Т.Ю., Муртазалиев Р.М. Специализированная хирургическая помощь в современном военном конфликте: роль и место на передовых этапах медицинской эвакуации // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 2. С. 9–18. https://doi.org/ 10.52424/00269050_2024_345_2_9
3. Шешегов П.М., Гаджиев А.А., Сливина Л.П., Солдатов С.К., Филатов С.А. Особенности клинического течения акубаротравмы у легкораненых в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 6. С. 23–30. https://doi.org/10.52424/00269050_2024_345_6_23

Актуальность организации психологического сопровождения и поддержки сотрудников на станции скорой медицинской помощи

Плотников С.С.
ГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи», Казань, Россия
saveli.plotnikov@gmail.com

Ключевые слова: работники скорой помощи, пандемия COVID-19, профессиональное выгорание, психологическое сопровождение

Relevance of Organizing Psychological Support and Assistance for Employees at the Emergency Medical Service Station

Plotnikov S.S.
State Autonomous Healthcare Institution
"Emergency Medical Service Station, Kazan, Russia
saveli.plotnikov@gmail.com

Keywords: emergency medical workers, COVID-19 pandemic, professional burnout, psychological support

Введение. Без преувеличения пандемию COVID-19 можно назвать испытанием для всей системы оказания медицинской помощи. С одной стороны, она оставила после себя значимые последствия в плане витального здоровья населения. С другой стороны, внесла значимые изменения в морально-психологическое отношение к оказанию медицинской помощи. С третьей стороны, она указала на слабые и «тонкие» места, актуализировала проблемы, которые есть в системе.

Однако актуализация проблем и трудностей зачастую является катализатором, усиливающим потребность в их разрешении, а также стимулом для изменений и адаптации. Сейчас после стабилизации эпидемиологической ситуации пришло время обратить внимание на выявленные проблемы и провести профилактическую и коррекционную работу.

Одной из таких выявленных проблем в системе оказания скорой медицинской помощи оказалось отсутствие должного уровня психологического сопровождения и психологической поддержки сотрудников. На фоне уже

существовавших трудностей и нерешенных психологических задач, это привело к усилению стрессовых факторов и повышению общего уровня эмоционального выгорания медицинского персонала во время пандемии.

Ввиду этого для станции скорой медицинской помощи (далее – ССМП) стала актуальна задача по организации психологического сопровождения, психологической поддержки сотрудников.

Материалы и методы исследования. Для реализации вышеуказанной задачи было организовано и проведено исследование, целью которого стало изучение уровня психоэмоционального выгорания, а также стресс-факторов и протекторов выгорания сотрудников ССМП. Выборку составили 203 сотрудника скорой помощи. Среди них 51 мужчина и 152 женщины, из них 30 сотрудников не выездного состава и 173 работника бригадного состава (17 врачей и 156 фельдшеров).

Для изучения уровня выраженности психоэмоционального выгорания использовалась методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко Для определения факторов и протекторов выгорания была разработана анкета, включающая следующие вопросы: «С какой темой вы бы обратились к штатному психологу на станции скорой помощи?», «Какие проблемы в работе ССМП вызывают больше всего стресса?», «Что помогает вам в сохранении и поддержании работоспособного состояния?».

Обработка данных проводилась с помощью методов контент-анализа, а также методов математической статистики.

Результаты исследования. Обработка и анализ данных, полученных в исследовании, показал повышенный уровень выгорания сотрудников.

Фаза «Напряжения» была в процессе формирования у 25% сотрудников, а считалась сформированной 24% сотрудников; фаза «Резистенции» была в процессе формирования у 33% сотрудников, а считалась сформированной у 45% сотрудников; фаза «Истощения» была в процессе формирования у 28% сотрудников, и считалась сформированной у 36% сотрудников.

Наиболее выраженными симптомами выгорания были выделены:

1. восприятие переживаемых на работе событий как травмирующих (статистически подтверждено, что в большей мере уязвимы женщины);
2. снижение самооценки своих профессиональных компетенций (статистически подтверждено, что в большей мере характерно для женщин);
3. аффективные эмоциональные реакции на малозначимые стимулы;
4. избегание коммуникации, касающейся профессиональной деятельности;
5. формирование эмоциональной черствости и невосприимчивости (статистически подтверждено, что в большей мере это характерно для мужчин);

6. циничное отношение к пациентам и эмоциональное отстранение от них.

Ключевыми стресс-факторами выгорания были выделены: авторитарный стиль управления, недостаток конструктивной обратной связи, стиль коммуникации со стороны руководства (на фактор указали 15% респондентов); процессы оперативного контроля деятельности (7% респондентов); качество и эффективность организации труда сотрудников (5%).

Ключевыми протекторами выгорания были указаны следующие.

1. Отдых (сон, природа, прогулки, спорт) – указали 20% респондентов.
2. Поддержание соц. связей (дом, семья, друзья) – 15% респондентов.
3. Поддержка в рабочем коллективе – указали 10% респондентов.
4. Успешная реанимация и спасение жизни пациента – 5% респондентов.

Основными темами для обращения к штатному психологу на ССМП сотрудники указали следующие темы: коммуникация (20% респондентов), выгорание (20%), регуляция эмоций и эмоциональных состояний (10%).

Выводы. Таким образом, несмотря на завершение пандемии, ее влияние на сотрудников ССМП остается достаточно сильным. Практически у половины сотрудников определен повышенный уровень эмоционального выгорания, который остается в процессе системного самоподдержания после завершения самой пандемии.

На фоне постоянно действующих и неизбежных стресс-факторов (суточный график работы, работа с малограмотной и маргинальной категорией населения, работа в ситуации неопределенности и незакрытых гештальтов, отсутствие возможности профессионального и карьерного продвижения фельдшеров (что вступает в конфликт с ценностями современного поколения), авторитарная система управления и отсутствие обратной связи) добавились новые стресс-факторы: повышение объемов работы (включая увеличения числа вызовов и заполнения карты вызова), а соответственно уменьшение времени для отдыха; отсутствие грамотного отношения к работе скорой медицинской помощи и со стороны населения и со стороны коллег-медиков в больницах и стационарах; отток и нехватка кадров с последующей врачефикацией фельдшеров; отсутствие достаточного уровня образования при одновременном повышении требований.

Все это свидетельствует о необходимости реализации задачи по внедрению должного уровня психологического сопровождения и психологической поддержки сотрудников, оказывающих скорую медицинскую помощь, в частности профилактики эмоционального выгорания, в том числе путем (1) развития компетенций сотрудников в коммуникации, адаптации, эмоциональном интеллекте и критическом мышлении, (2) формирования личностной зрелости и профессиональной мотивации,

а также (3) внедрения «мягкого» (демократического) стиля управления, включающего предоставление конструктивной обратной связи для улучшения эффективности оказываемой медицинской помощи в целом.

Сам факт актуализации такой задачи подводит систему оказания медицинской помощи к важному выводу о необходимости изменяться в соответствии с современными требованиями и тенденциями времени, чтобы оставаться готовой к новым испытаниям и жизненным вызовам.

Киберлукизм – самоирония как способ совладания

Погонцева Д.В.
Южный федеральный университет
г. Ростов-на-Дону, Россия
pogoncevadv@sfedu.ru

Ключевые слова: юмор, самоирония, совладание, киберлукизм

Cyberlookism – self-irony as a way of coping

Pogontseva D.V.
Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia
pogoncevadv@sfedu.ru

Keywords: humor, self-irony, coping, cyberlookism

Введение. Киберлукизм – это термин, который отражает проявление дискриминационного отношения в интернет-взаимодействии, пусковым механизмом которого является внешний облик собеседника. Киберлукизм отчасти совпадает в понятийном аппарате с кибербуллингом, однако, одной из основных черт буллинга и кибербуллинга – является повторяющееся поведение, в то время как лукизм может проявляться однократно.

В свою очередь в толковом словаре ирония определяется, как «тонкая, скрытая насмешка; стилистический оборот, фраза, слово, в которых преднамеренно утверждается противоположное тому, что думают о лице или предмете» [1], а самоирония – когда насмешка направлена говорящим на себя. Как отмечает О.П. Ермакова «Основная функция самоиронии – самозащита; говорящий ставит потенциального противника перед готовой обороной: «я сам все оцениваю верно, нечего нападать» [2, с. 178], автор также отмечает, что наряду с самоиронией необходимо выделить термин самоуничижение, в котором нет юмора, но «на «поверхности» обругивание себя для выражения возмущения, злости, презрения к собеседнику» [2, с. 179].

Материал и методы. Рассматривая интернет взаимодействие, мы опросили 25 женщин в возрасте от 30 до 50 лет с медицинским диагнозом ожирение, попросив их продемонстрировать статусы в социальных сетях. Статус – это текст, фото или видео, которое доступно к просмотру в течении суток другим людям. Среди всех статусов мы отобрали те,

в которых высмеивался внешний облик и лишний вес. Нами была составлена анкета опроса и проанализированы шутки (58 шуток, у каждой респондентки за опрошенный период было 2–3 подобные шутки в статусе).

Результаты. В результате опроса было выявлено, что все женщины подвергались высмеиванию из-за их внешнего облика и лишнего веса, в том числе в социальных сетях. Киберлукизм проявлялся в комментариях к фотографиям, пересылке шуток, высмеивающих внешний вес и выражение отвращения смайликом (смайлик является пиктограммой, которая по сути отображает невербальное выражение собеседника).

Далее мы попросили описать причину выбора шуток про лишний вес для публикации в статусе. Среди ответов были варианты «предвосхитить обидные комментарии о моем весе от других» и «когда сам высмеиваешь свой недостаток – другие не так хотят смеяться», а также ответы, которые можно свести к фразе «чтобы все думали, что меня это не волнует». Так как все 25 участниц опроса дали близкие по смыслу ответы, мы можем говорить о том, что они воспринимают подобный юмор как проявление самоиронии и бодипозитивизма, а также используют шутки как самозащиту.

Анализ шуток показал, что все они высмеивают разные аспекты лишнего веса, как сам факт ожирения «улетели птицы в дальние края, а одна не может жирная как я», так и неудачное похудение «похудеть к весне не удалось, откормлю подругу и сыграю на контрасте». При этом, как мы рассматривали ранее [3] – шутки с изображением людей воспринимаются как более обидные, однако в 50 из 58 шуток в оформлении использовались картинки или фотографии с полными персонажами. Таким образом, мы можем предполагать, что подобные шутки находятся между самоиронией и самоуничижением.

Резюме. Проблема лишнего веса является довольно распространенной, а шутки, высмеивающие данную проблему, и комментарии, содержащие обидные высказывания, провоцируют людей использовать различные способы совладания с ними и предвосхищения лукизма. В интернет-пространстве возникает особое явление киберлукизма, которое также является пусковым механизмом формирования копинг-стратегий для онлайн взаимодействия.

Данное исследование носило пилотажный характер и призвано обратить внимание на данный феномен. В дальнейшем мы планируем подробно изучить стиль совладающего поведения жертв лукизма и способы предотвращения лукизма с помощью юмора и самоиронии. Также мы видим потребность изучить и разделить статусы, содержащие юмор, на (1) самоиронию и (2) самоуничижение для анализа дальнейшей связи с совладающим поведением.

Литература

1. Большой толковый словарь русского языка. Под ред. С.А. Кузнецова. «Норинт», СПБ, 2000. С. 398
2. Ермакова О.П. Речевая мистификация – самоирония и самоуничижение – в художественной литературе / О.П. Ермакова // Литература как игра и мистификация: Материалы Шестых Международных научных чтений «Калуга на литературной карте России», Калуга, 26–28 октября 2018 года. Калуга: Издательство Калужского государственного университета им. К.Э. Циолковского, 2018. С. 176–184.
3. Погонцева Д.В. Шутки про внешний облик в соцсетях: к вопросу классификации / Д.В. Погонцева // Мир науки. Педагогика и психология. 2024. Т. 12. № 1.

Субъективная оценка негативного детского опыта и актуального психического благополучия у взрослых в связи со стратегиями совладания

Подлипная А.Р., Карпова Э.Б.
Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург, Россия
podlipnaya.anastasia@yandex.ru, e.karpova@spbu.ru

Ключевые слова: негативный детский опыт, психическое благополучие, стратегии совладания

Subjective assessment of negative child experience and actual mental well-being in adults in connection with coping strategies

Podlipnaya A.R., Karpova E.B.
Saint-Petersburg State University, Russia
podlipnaya.anastasia@yandex.ru, e.karpova@spbu.ru

Keywords: negative child experience, mental well-being, coping strategies

Введение. Насилие в отношении детей, совершаемое родителями или другими воспитателями, сверстниками, романтическими партнерами или незнакомыми людьми, во всем мире находится на рекордно высоком уровне [5]. Регулярность и длительность негативного воздействия приводит к постепенному истощению адаптационных и компенсаторных механизмов ребенка и может вести к негативным последствиям для его будущего соматического и психического здоровья [3]. В настоящее время мы наблюдаем так называемый терапевтический переворот, – психология стала частью повседневных бесед молодых людей, а потребляемый просветительский контент на тему психотерапии кратно растет [1, 4]. Согласно социологическим исследованиям, наиболее частый запрос молодых людей на оказание психологической помощи связан с переживанием тревоги, с поиском содействия в понимании себя, с проблемой своего психологического благополучия [2]. Как показывает практика, очень часто молодые люди связывают свое актуальное состояние с предшествующим негативным детским опытом

(НДО). Именно субъективная оценка НДО, а не объективный факт его наличия, часто является предиктором оценивания человеком своего психического неблагополучия во взрослом возрасте. Переосмысление травматичных событий, рефрейминг и поддержка со стороны окружающих способны смягчить негативные последствия и способствовать формированию более адаптивных копинг-стратегий. В то же время, высокая субъективная значимость НДО часто ассоциируется с повышенным уровнем депрессии и тревожности у взрослых, а также с пассивными или избегающими стилями совладания.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью изучения взаимосвязи ретроспективной оценки детского опыта, актуального психического благополучия у взрослых людей, а также стратегий совладания как предикторов такой связи.

Материал и методы. Исследование проводилось как интернет-опрос с использованием Google Forms. Итоговую выборку исследования составили 34 человека (24 женщины, 10 мужчин) в возрасте от 24 до 45 лет (средний возраст – 31 год). В качестве методик исследования предлагались: анкета социо-демографических данных, включающая открытые вопросы на выявление субъективного опыта и представлений о психической травме; «Международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) (русскоязычная версия А.А. Кибитова и др.); Опросник совладания со стрессом (COPE-30) (М.А. Одинцова и др.); Опросник эмоциональной дисрегуляции (Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева); Дифференциальный тест рефлексивности (ДТР) (Д.А. Леонтьев и др.); «Шкала субъективного благополучия» (ШСБ) (Н.П. Фетискин и др.)

Результаты. Выявлена высокая частота ретроспективной субъективной оценки НДО у взрослых. Все респонденты переживали хотя бы один вид НДО. Все респонденты оказались наблюдателями или непосредственными жертвами внутрисемейного насилия минимум однажды и сталкивались как минимум с одним дисфункциональным семейным фактором; 94,2% респондентов хотя бы один раз наблюдали насилие вне семьи, а 52,9% – лично сталкивались с буллингом (травлей); 64,7 % опрошенных проживали с человеком, имеющим психическое расстройство и/или злоупотребляющим ПАВ; 35,3% респондентов хотя бы один раз сталкивались с нежелательными сексуальными действиями в свою сторону; 14,7% пережили как минимум один социальный катаклизм.

Более половины участников (65%) считают, что в их опыте была психическая травма. Контент-анализ трактовки этого феномена показал, что психическую травму чаще всего ассоциируют с неким травматическим событием/ситуацией (насилие, утрата, травля) и факторами, вызывающими негативные последствия в жизни (меняется восприятие

себя, окружающих, мира в целом). Участники, сообщающие о субъективном наличии в своем опыте психической травмы, имеют более высокие баллы по таким факторам субъективной оценки НДО, как «Насилие в семье», «Психические расстройства и злоупотребление ПАВ в семье» и «Дисфункциональные семейные факторы».

Исследование связи показателей значений ШСБ и негативного детского опыта выявило статистически значимые корреляции субъективного благополучия с такими факторами НДО, как «Сексуальное насилие» (p=0,001, r=0,536) и «Психические расстройства и злоупотребление ПАВ в семье» (p=0,008, r=0,448). Анализ данных эмоциональной дисрегуляции показал, что детский опыт внутрисемейного насилия коррелирует с эмоциональной ригидностью и склонностью к застреванию на интенсивных эмоциональных состояниях (p=0,012, r=0,426). Также выявлена связь между пережитым сексуальным насилием и уклонением от эмоциональных переживаний (p=0,004, r=0,481). Изучение связи стратегий совладания и субъективной оценки НДО выявило положительную связь между шкалой «Принятие “успокоительных”» и фактором «Сексуальное насилие» (p=0,007, r=0,455) и отрицательные – между шкалами «Принятие» и фактором «Насилие вне семьи» (p=0,031, r = –0,37), «Планирование» и фактором «Психические расстройства и злоупотребление ПАВ в семье» (p=0,023, r = –0,389), «Позитивное переформулирование и личностный рост» и фактором «Социальные катаклизмы» (p=0,026, r=0,381). Исследование связей различных форм рефлексии и НДО показало, что чем чаще человек склоняется к интроспекции (сосредоточенности на собственных переживаниях), тем меньше оценка пережитых в детстве социальных катаклизмов (p=0,047, r = –0,343); частая интроспекция или, напротив, уход от переживаний в беспочвенные фантазии (квазирефлексия) коррелируют с опытом проживания с людьми, имеющими психические расстройства и злоупотребляющими ПАВ (p=0,005, r=0,474 и p=0,048, r=0,342, соответственно); взгляд на себя со стороны, а также зацикленность на аффективных переживаниях коррелируют с наличием опытом сексуального насилия в детстве (p=0,018, r=0,402; p=0,030, r=0,373).

Выводы. Умеренный и низкий уровень психического благополучия коррелируют с тяжелыми факторами негативного детского опыта, включая сексуальное насилие, опыт проживания с родственниками с психическими расстройствами и злоупотребление ПАВ. Сниженная оценка актуального психического благополучия положительно связана с использованием стратегий поведенческого ухода от проблемы, поиска эмоциональной социальной поддержки и всеми видами эмоциональной дисрегуляции. Интроспекция и квазирефлексия тесно связаны с субъективным неблагополучием.

Литература

1. Нефедова А. Год ученый: почти 80% молодежи в России занимается саморазвитием // Известия. 2023. 12 апр. С. 4.
2. Нехорошева Е.В., Касаткина Д.А. Между проблемой и запросом: готовы ли студенты принимать психологическую помощь // Высшее образование в России. 2024. № 6. С. 136–147.
3. Черемискина И.И., Люкшина Д.С. Ранние дезадаптивные схемы и жизнестойкость у молодых людей в контексте переживания личностного кризиса // АНИ: педагогика и психология. 2022. № 3 (40). С. 293–296.
4. Fredi F. Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age. London: Routledge. 2004. 258 p.
5. Hillis S., Mercy J., Amobi A., Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates // Pediatrics. 2016. 137(3). DOI: 10.1542/peds.2015-4079

Методологические и технические аспекты применения экологической моментальной оценки (ЕМА) в исследованиях с участием подростков

Польская Н.А.
ГБУЗ НЦПЗ им. Г.Е. Сухаревой, Москва, Россия
polskayana@yandex.ru

Ключевые слова: экологическая моментальная оценка, ЕМА, подростки, преимущества требования к проведению и ограничения ЕМА

Methodological and Technical Aspects of Applying Ecological Momentary Assessment (EMA) in Research Involving Adolescents

Polskaya N.A.
Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russia
polskayana@yandex.ru

Keywords: ecological momentary assessment, EMA, adolescents, advantages of EMA, requirements for conducting and limitations EMA

Экологическая моментальная оценка (Ecological Momentary Assessment, EMA) – метод сбора данных о состоянии респондентов в режиме реального времени в естественных условиях жизни, позволяющий фиксировать эмоции, мысли, поведение и повседневный контекст с минимальными искажениями памяти. В российской клинической психологии сбор и анализ данных основываются на сочетании качественных и количественных методов, и экологическая моментальная оценка, как их синтез, может эффективно применяться для отслеживания динамики состояния пациентов.

Преимущества ЕМА. По сравнению с традиционными ретроспективными методиками самоотчета и интервью ЕМА обладает неоспоримыми преимуществами. Данные фиксируются «здесь и сейчас», в повседневном контексте, что снижает риск ошибок, связанных с забыванием или последующей личностной реконструкцией событий. Ответы

не «сглаживаются» и не искажаются, а отражают актуальное состояние. При проведении ЕМА нередко используются мобильные технологии и носимые технические устройства, фиксирующие психофизиологические характеристики и геолокацию. Это, наряду с данными самоотчетов о настроении, мыслях и поведении и многократными замерами (как правило, от 2 раз в день в течение нескольких недель), позволяет с высокой точностью отслеживать динамику психологического состояния респондентов.

ЕМА в исследованиях с участием подростков. ЕМА широко используется в подростковых клинических и популяционных выборках, т. к. позволяет учитывать возрастную специфику. Так, эмоциональные состояния у подростков часто меняются в течение дня (например, резкие перепады настроения, ситуативные реакции на стресс), и при проведении ЕМА эти динамические колебания можно выявить. Учитывая, что поведение и переживания подростков сильно зависят от ситуации (школа, дом, общение со сверстниками, онлайн-среда), ЕМА позволяет привязать фиксируемые данные к конкретным контекстам (время суток, место, социальное окружение), что делает интерпретацию более точной, помогая идентифицировать риски подросткового проблемного поведения или эмоциональных кризисов.

Среди направлений исследований в подростковых выборках с использованием ЕМА можно выделить: (1) мониторинг депрессии и тревоги, включая фиксацию колебаний настроения и выявление предвестников кризисных состояний; (2) мониторинг импульсивного поведения у подростков с СДВГ или проблемным поведением (оценка вспышек гнева, проявлений рискованного поведения); (3) изучение влияния общения со сверстниками, включая оценку эмоциональных реакций и поведения (позволяет выявить ситуации, связанные с буллингом); (4) отслеживание цифрового поведения и сопоставление отчетов об онлайн-активности с самоотчетами о настроении и поведении.

Отдельно следует сказать о возможности использования ЕМА в исследованиях суицидального и самоповреждающего поведения подростков. ЕМА позволяет зафиксировать суицидальные мысли и побуждение к самоповреждению в момент их возникновения, выявить триггеры самоповреждения (например, конфликт с родителями, травля в школе, изоляция). Полученные данные необходимы для динамического мониторинга риска и разработки системы предупреждения о суицидальной опасности (например, экстренные оповещения при критических ответах).

Требования к проведению ЕМА-исследований самоповреждающего и суицидального поведения в популяции подростков. Перед началом исследования необходимо заранее разработать пошаговый план действий при фиксации суицидальных мыслей или намерений

у подростков. В такой план могут быть включены автоматические уведомления для членов исследовательской группы, контакт с родителями/опекунами, связь с экстренными службами (если риск критический). Дополнительно должен быть предоставлен список горячих линий и ресурсов поддержки. В специально разрабатываемые ЕМА-приложения рекомендуется встроить функцию «SOS» для быстрого вызова помощи.

Участие в ЕМА-исследовании из-за частых оповещений, сигнализирующих о необходимости заполнения методик, может восприниматься подростками как излишний контроль и нарушение автономии, что может вызвать сопротивление, снижение доверия или даже усиление дистресса, поэтому рекомендуются максимально короткие опросы 1–2 минуты и систему поощрений за участие в исследовании.

Данные, касающиеся суицидальных мыслей и самоповреждений, требуют максимальной защиты – шифрования, анонимизации, ограниченного доступа. Необходимо заранее решить и согласовать, в каких случаях эти данные предоставляются родителям или специалистам.

Ограничения ЕМА. Высокая нагрузка на участников исследования, предполагающая частые уведомления и необходимость регулярного заполнения шкал самоотчета могут вызвать усталость и пресыщение, и со временем подростки, участвующие в исследовании, могут давать формальные, случайные ответы или пропускать время заполнения шкал.

Другим ограничением является использование смартфона. Умение пользоваться приложениями и стабильная интернет-связь считаются одним из технических условий реализации ЕМА. Действительно современные технологии облегчают проведение подобных исследований, но не всегда есть возможность их использовать (например, в условиях детского психиатрического стационара или при участии в исследовании подростков из социально незащищенных семей). Поэтому необходимо как обеспечение равных возможностей для подростков из уязвимых групп, так и разработка процедур и протоколов ЕМА с фиксацией ответов в письменной форме (особенно, если речь идет о клинических исследованиях с ограниченным доступом к мобильным средствам связи).

Кроме того, сложность анализа данных из-за их больших объемов и высокой вариативности требует использование сложных статистических методов (например, анализ лагов, позволяющий оценить роль эмоциональных состояний или событий в последующем самочувствии и поведении). И еще одна важная проблема, это риск ретравматизации. Некоторые подростки из-за частых вопросов на болезненные темы могут жаловаться на усиление тревоги и другие симптомы дистресса. В данном случае на этапе подготовки шкал самоотчета и в ходе проведения исследования необходимо использовать поддерживающие,

а не провоцирующие формулировки вопросов и отмечать индивидуальные реакции. В отдельных случаях целесообразно вывести уязвимого подростка из исследования.

Заключение. Экологическая моментальная оценка открывает широкие возможности для изучения психического здоровья подростков, позволяя фиксировать динамику психологического состояния и выявлять факторы риска в повседневной жизни. При соблюдении этических и технических требований метод обеспечивает высокую точность данных и перспективен для раннего выявления кризисов, однако требуется соблюдать баланс между исследовательской ценностью и минимизацией нагрузки и дистресса у участников.

Аутоагрессия в подростковом возрасте

Полякова И.В.
Смоленский государственный университет, Смоленск, Россия
Alisapolyak2810@mail.ru

Ключевые слова: аутоагрессивные действия, аутоагрессия, подросток, психолого-педагогическое сопровождение

Autoaggression in teenagers

Polyakova I.V.
Smolensk State University, Smolensk, Russia
Alisapolyak2810@mail.ru

Keywords: auto-aggressive actions, auto-aggression, teenager, psychological and pedagogical support

Введение. Обучение школьников в условиях классно-урочной системы представляет собой достаточно серьезное испытание, связанное в том числе с перенапряжением обучающихся в процессе учебной деятельности и взаимоотношениями со сверстниками, родителями и учителями. Обучение в школе включает в себя риски для психического здоровья обучающихся. В условиях группового обучения не все учащиеся могут успевать усваивать учебный материал по разным причинам и в качестве мер психологической защиты могут выступать агрессивные действия, актуализация которых снимает психическое напряжение, при тиражировании способствует снижению способности социально ожидаемого адаптивного приспособления к условиям социального окружения, с одной стороны, и формированию дезадаптивных свойств личности, с другой стороны [4].

Материалы и методы. В проведенном нами исследовании агрессивности приняли участие 346 подростков в возрасте 11–16 лет. Использованы методики «Тест агрессивности» (опросник Л.Г. Почебут) и опросник Басса-Дарки. Опросник Л.Г. Почебут позволяет дифференцировать результаты испытуемых по 5 видам агрессии: вербальной, физической, предметной, эмоциональной и аутоагрессии. Понятно, что разделение агрессивных форм поведения на виды носит условный характер и в реальности они как бы агглютинированы. Задача исследования заключалась в установлении трансформации этих видов агрессивности на разных этапах подросткового возраста.

Результаты и их обсуждение. Было установлено, что аутоагрессия занимает ключевое место в структуре видов агрессивности обучающихся подросткового возраста. В младшем и среднем подростковом возрасте (в 5–7 классах) она занимает первое место, а в старшем подростковом возрасте несколько снижается до 3 и 2 позиции у восьмиклассников и девятиклассников, соответственно.

Агрессивность подростка традиционно рассматривается в качестве защитного механизма. На наш взгляд, у младших и средних подростков она имеет аутоагрессивную акцентуацию. Поскольку объективно проявляются лишь крайние формы аутоагрессии (формы нанесения физического и психического вреда самому себе), остальные виды не всегда очевидны и поэтому могут своевременно не идентифицироваться педагогами и родителями [2; 3].

В исследовании были выявлены весьма высокие и высокие корреляционные взаимосвязи между видами агрессивности, позволившими выявить некий сериационный ряд их проявлений на разных этапах подросткового возраста. В младшем и среднем подростковом возрасте от наиболее к наименее выраженным видам агрессивности: аутоагрессия, предметная, вербальная, эмоциональная и, наконец, физическая. Иными словами, готовность младших подростков к нанесению вреда себе проявляется выше, чем остальные виды агрессивности. Напряжение, вызванное стрессорами, неспособность открыто выражать раздражение актуализируются с помощью таких образцов поведения как физическое самоповреждение и/или психическое самоуничижение. Они не всегда очевидны в проявлении и могут иметь скрытый от окружающих характер. В связи с этим, необходима превентивная просветительская работа среди педагогов и родителей, снижающая риск самоповреждающего поведения подростков. Специфическая особенность этой работы заключается в информировании о том, что любое проявление агрессивности младшего подростка может маскировать аутоагрессивные тенденции.

К концу подросткового возраста выраженность самоагрессии незначительно снижается, уступая место вербальной агрессии. Отметим, что самоагрессия снижается медленнее, чем остальные виды агрессии. Наиболее выраженное снижение выявлено в предметной агрессии.

В исследовании выявлены прямые заметные корреляционные взаимосвязи аутоагрессии с эмоциональной, предметной и физической агрессией. Таким образом, понимание этой взаимосвязи может помочь педагогам и родителям вовремя предотвратить возможные аутоагрессивные проявления в поведении подростка. Внимание к проявлению любых форм агрессивного поведения с целью превенции возможного аутоагрессивного риска и своевременное психотерапевтическое воздействие

способствует нормализации психического состояния ребенка и создает более конструктивные для него условия жизни.

У девятиклассников выявлена аутоагрессия в виде вины. Она занимает первое место в списке ранжирования агрессивных и враждебных реакций. Обнаружена высокая обратная взаимосвязь между уровнем развития аутоагрессии в форме вины и уровнем самооценки старшеклассников. Таким образом, низкая самооценка школьника высоко связана с возможностью аутоагрессивного поведения подростков. Учет этой взаимосвязи может снизить вероятность тиражирования обучающимся аутоагрессивных форм поведения. Снижение негативных эмоций обучающегося, обучение подростков саморегуляции будет способствовать сохранению психического здоровья обучающихся [1].

Резюме. Тенденция развития аутоагрессивных форм поведения сохраняется на всех этапах подросткового возраста. В исследовании не выявлены этапы, которые бы не характеризовались высоким уровнем проявления аутоагрессии в структуре видов агрессивности подростков. В связи с этим необходим мониторинг условий обучения и превентивные меры, снижающие напряжение общественных отношений, возникающих в сфере образования, с целью сохранения психического здоровья подростков.

Литература

1. Григорьева А.А. Концепция психопрофилактики аутоагрессивного поведения подростков. Экзистенциально-аналитический аспект: дис. на соискание ученой степени докт. психол. наук: 19.00.04. М., 2021. 315 с. URL: https://www.dissercat.com/content/kontseptsiya-psikho profilaktiki-autoagressivnogo-povedeniya-podrostkov-ekzistentsialno-anali (дата обращения: 03.09.2025).
2. Полякова И.В. Психологические особенности взаимосвязи агрессивности и личностной зрелости подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2022. Т. 22. № 1. С. 27–33.
3. Полякова И.В. Психологические особенности коррекции тревожности и агрессивности младших школьников // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2021. Т. 21. № 2. С. 58–65.
4. Тирон С.С., Яремчук С.В. Самоповреждающее поведение и конфликтоустойчивость подростков // Вестник Прикамского социального института. 2023. № 1 (94). С. 153–157.

Исследование взаимосвязи уровня социально-психологической адаптации и стратегий поведения в межличностном конфликте студентов первого года обучения лечебного факультета

Пономаренко И.В., Лазюк И.В., Матвеева И.А., Чупрунова М.А., Слезнова П.А., Минеева Л.И.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новосибирск, Россия
irina_kurus@rambler.ru

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, конфликтная ситуация, стратегии поведения, сотрудничество, приспособление

Study of the relationship between the level of social-psychological adaptation and behavior strategies in interpersonal conflict of first-year students of the faculty of medical training

Ponomarenko I.V., Lazyuk I.V., Matveeva I.A., Chuprunova M.A., Sleznova P.A., Mineeva L.I.,
«Novosibirsk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Novosibirsk, Russia
irina_kurus@rambler.ru

Keywords: social and psychological adaptation, conflict situation, behavior strategies, cooperation, adaptation

Введение. Проблема адаптации студентов, поступивших в медицинские университеты, является достаточно актуальной в реалиях современного мира. Социальные и экономические преобразования общества требуют от молодых специалистов медицинской сферы таких навыков, как стрессоустойчивость, умение быстро принимать решения в ситуациях неопределенности, способность поддерживать эффективное взаимодействие с пациентами, коллегами и другими специалистами [1]. Поступление в высшее учебное заведение сопровождается перестройкой образа жизни, формы организации учебного процесса, а также

изменениями в области мировоззрения и ценностей личности. Адаптация студентов-первокурсников – это сложный процесс приспособления к новым условиям учебной деятельности, социальному статусу, общению и взаимоотношениям с окружающими людьми [2, 4]. В процессе обучения в медицинском университете студенты сталкиваются с различными видами межличностных конфликтов как в учебной, так и во внеучебной сферах. Конструктивное преодоление возникающих в процессе обучения конфликтов зависит от осведомленности студентов о существовании различных стратегий поведения в конфликтной ситуации и умения применять разные стили в зависимости от характера конкретной ситуации [3]. Поведение во время конфликтных ситуаций, выбор стратегий решения проблемы, умение эффективно взаимодействовать с другими людьми являются частью социально-психологической адаптации студента.

Цель исследования – выявление уровня социально-психологической адаптации студентов первого курса лечебного факультета с разными стратегиями поведения в межличностном конфликте

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в период с марта по апрель 2024 года на базе ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Исследование включало 63 студента в возрасте от 17 до 22 лет, обучающихся на первом курсе лечебного факультета. Для эмпирического подтверждения гипотезы использованы: «Тест Томаса-Килманна» в адаптации Н.В. Шаньгиной и «Тест социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда, культурная и языковая адаптация которого была проведена А.К. Осницким.

Результаты. В исследуемой выборке студентов было проведено исследование уровня социальной-психологической адаптации, было выявлено повышение средних значений по шкалам: «Интегральный показатель адаптации» (62,51±12,52), «Интегральный показатель самопринятия» (66,27±16,08) и «Интегральный показатель интернальности» (67,00±12,18), что говорит о реализме студентов в оценке собственных качеств, оптимальной реализации внутренних возможностей и личностного потенциала, а так же о преобладании внутреннего локуса контроля в выборке. Средние значения по другим шкалам опросника находятся в диапазоне среднего уровня. Результаты методики «Тест Томаса-Килманна» показали, что исследуемая выборка студентов в качестве стратегий поведения в конфликте чаще всего используют сотрудничество (6,17±1,72) и компромисс (7,98±1,90); соперничество (4,95±2,76) как стиль регуляции поведения в конфликтной ситуации используется в меньшей степени.

Нами был использован коэффициент корреляции Спирмена для исследования взаимосвязи уровня социально-психологической адаптации

и стратегий поведения в конфликте студентов-первокурсников лечебного факультета. Выявлены положительные взаимосвязи стратегии сотрудничества и шкал: «Адаптивность» ($r=0,36$, $p<0,01$), «Принятие себя» ($r=0,33$, $p<0,01$), «Принятие других» ($r=0,33$, $p<0,01$), «Эмоциональный комфорт» ($r=0,35$, $p<0,01$), что позволяет говорить о том, что сотрудничество является адаптивной стратегией поведения в конфликтной ситуации, так как стремление удовлетворить интересы каждой из сторон конфликта способствует принятию и понимаю как своих ценностей, так и потребностей других людей. Открытое обсуждение проблем, свойственное для сотрудничества, позволяет достичь состояние эмоционального спокойствия и удовлетворения. С другой стороны, реализм в отношении себя и других, переживание личностного потенциала, а также внутренняя уверенность способствуют свободному выражению своих чувств и внутренней позиции, касающейся предмета конфликта, что детерминирует использование сотрудничающего стиля в ситуации разногласия мнений двух сторон.

Отрицательная корреляционная связь обнаружена между стратегией избегания и внутренним контролем ($r = –0,27$, $p<0,05$), что можно объяснить следующей тенденцией: высокий уровень интернального локуса контроля означает, что человек принимает ответственность за все происходящее в его жизни, уверен в логичном способе разрешения конфликтной ситуации и отсутствии необходимости откладывать решение какого-либо спорного вопроса или ожидать поддержки других людей. Дополнительно данная отрицательная взаимосвязь объясняется тем, что слишком частое использование стратегии избегания в конфликтной ситуации снижает уровень адаптации личности и уверенность в способности управлять своей судьбой, так как низкий уровень включенности в ситуацию, тенденция откладывать и накапливать проблемы приводят к нарушению коммуникаций и невозможности вести конструктивную и доброжелательную беседу со второй стороной конфликта.

Обратная корреляционная связь так же обнаружена между шкалой «Приспособление» и интегральным показателем самопринятия ($r = –0,43$, $p<0,001$): пренебрежение собственными интересами в конфликте заставляет человека взглянуть на потребности другого человека как на нечто более важное и ценное. Такая позиция может детерминировать развитие негативной оценки собственных качеств, возникновение осуждения по отношению к себе. С другой стороны, высокий уровень принятия себя позволяет личности позитивно относиться к себе, понимать возникающие во время конфликта собственные желания и потребности и не жертвовать ими по отношению к интересам другой стороны конфликта.

Выводы. Студенты первого года обучения лечебного факультета демонстрируют достаточный уровень социально-психологической адаптации и преобладание стратегий сотрудничества и компромисса в ситуациях межличностного конфликта. Выраженная доминанта избегания и приспособления как стилей поведения в конфликтных ситуациях может способствовать снижению уровня адаптации студентов.

Литература

1. Алексеевский А.А. Социально-профессиональная адаптация молодых специалистов: факторы влияния, критерии и показатели // Символ науки: международный научный журнал. 2015. № 6. С. 344–346.
2. Ашеулова О.А., Савочка О.Н. Факторы, влияющие на адаптацию первокурсников АМГУ // Вестник Амурского государсветнного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2009. № 44. С. 87–89.
3. Васильева Л.Н., Щепеткова С.С. Исследование стратегий поведения в межличностном конфликте у студентов-медиков на начальном этапе обучения в вузе // Историческая и социально-образовательная мысль. 2016. № 4(2). С. 117–121.
4. Михеева Л.П., Березина О.В. Социальная адаптация первокурсников в вузе // Вестник БРГТУ (НПИ). 2014. № 2. С. 129–137.

Переживание утраты близкого: посттравматический стресс, рост и смысложизненный кризис

Пстыга Я.И.
Гродненский государственный университет имени Янки Купалы
Гродно, Республика Беларусь
yanapstyga@gmail.com

Ключевые слова: переживание утраты, посттравматический стресс, посттравматический рост, смысложизненный кризис, утрата близких

Experiencing loss: the influence of the deceased's age on post-traumatic stress, growth, and existential crisis

Pstyga Y.I.
Yanka Kupala State University of Grodno, Grodno, Republic of Belarus
yanapstyga@gmail.com

Keywords: experiencing loss, bereavement, post-traumatic stress, post-traumatic growth, existential crisis, loss of loved ones

Введение. Утрата близкого человека является одним из самых стрессовых и травматичных событий в жизни человека. Переживание горя – сложный и многогранный процесс, который может приводить к различным последствиям, включая развитие посттравматического стресса, смысложизненный кризис и, в некоторых случаях, посттравматический рост [2].

Посттравматический стресс – тяжелое психическое состояние, возникающее в результате единичного или повторяющихся событий, оказывающих сверхмощное негативное воздействие на психику индивида [1]. Посттравматический рост – переживание позитивных изменений в результате столкновения со сложными жизненными кризисами [4]. Смысложизненный кризис – психологический кризис развития личности, в основе которого лежат неразрешимые проблемы в поиске и реализации смысла жизни каждого человека [5].

В литературе существует значительное количество исследований, посвященных переживанию утраты, однако особенности переживания горя

субъектом с учетом возраста умершего изучены недостаточно. Предполагается, что возраст утраченного близкого человека оказывает значимое влияние на психологическое благополучие переживающего, обусловленное как социальными, так и индивидуально-психологическими факторами.

Материалы и методы. В исследовании применялись опросники в формате Google Формы: «Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства в гражданском варианте» (в адаптации Н.В. Тарабриной), «Опросник посттравматического роста (ОПТР/PTGI)» (в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова) и «Опросник смысложизненного кризиса (ОСК-50)» (К.В. Карпинского). Выборка состоит из 140 человек в возрасте от 18 до 72 лет. В качестве критерия сравнения был выбран индекс различий U – Манна-Уитни. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета STATISTICA 7.0 [5].

Результаты. Результаты расчета различий в выраженности посттравматического стресса и посттравматического роста вследствие утраты родителем ребенка (до 11 лет) и подростка (12–16) показали, что статистически значимые различия в этих показателях у респондентов относительно утраты отсутствуют. Утрата ребенка любого возраста – это крайне травматичное событие для родителя. Сила эмоциональной связи с ребенком, вне зависимости от его возраста, может быть определяющим фактором в переживании утраты.

Результаты исследования показали статистически значимые различия в уровне выраженности смысложизненного кризиса респондентов в зависимости от возраста умершего близкого для них человека. Уровень смысложизненного кризиса оказался статистически значимо выше у тех, кто пережил утрату близкого-подростка, чем у тех, кто пережил утрату близкого-юноши ($p < 0,05$). Кроме того, уровень смысложизненного кризиса был статистически значимо выше у тех, кто пережил утрату близкого-подростка, чем у тех, кто пережил утрату близкого, имеющего молодой возраст ($Z = –2,12132$; $p = 0,033896$).

Также было выявлено, что уровень посттравматического стресса был выше у тех, кто пережил утрату близкого-юноши, по сравнению с утратой близкого-подростка ($Z = –2,08893$; $p = 0,036715$).

Утрата близкого-подростка часто воспринимается субъектом как особо трагичное событие, прерванное начало жизни, нереализованный потенциал и потеря надежд на будущее. Это может приводить к глубокому переосмыслению ценностей, утрате ощущения смысла жизни и ощущению несправедливости произошедшего.

Напротив, когда происходит утрата близкого-юноши, субъекты, как показали результаты, склонны к повышению ценности жизни и при этом демонстрируют более высокий уровень посттравматического роста.

Этот факт может указывать на то, что утрата близкого-юноши, несмотря на ее трагичность, может восприниматься в контексте уже сформировавшейся личности и осознания конечности жизни, что способствует более быстрому переосмыслению ценностей и принятию произошедшего в жизни.

Также статистически значимые различия были выявлены по уровню выраженности посттравматического стресса ($Z = 3{,}198723$; $p = 0{,}001381$) и уровню смысложизненного кризиса ($Z = 3{,}470680$; $p = 0{,}000519$) между респондентами, пережившими утрату близкого-юноши и теми, кто утратил близкого человека зрелого возраста. Можно утверждать, что утрата близкого -юноши переживается сложнее, чем близкого зрелого возраста.

Утрата пожилого близкого человека переживается легче, в сравнении с утратой близкого-юноши, что подтверждают различия по уровню выраженности посттравматического стресса ($Z = -3{,}78600$; $p = 0{,}000153$) и уровню смысложизненного кризиса ($Z = -4{,}30630$; $p = 0{,}000017$).

Смерть близкого в пожилом возрасте часто более ожидаема и воспринимается как естественная часть жизненного цикла. Окружающие могут быть более готовы к этому событию, что облегчает процесс адаптации. Смерть близкого – юноши является «несвоевременной» и неожиданной. Она нарушает представления о нормальном ходе жизни, вызывает чувство несправедливости и может провоцировать более сильный психологический шок.

Утрата близкого человека молодого возраста связана с более высоким уровнем посттравматического стресса у респондентов, чем потеря близкого зрелого возраста. Также потеря близкого человека зрелого возраста связана у респондентов с большей выраженностью посттравматического роста, а именно в шкалах «Отношение к другим» и «Новые возможности». Эти результаты могут указывать на то, что потеря близкого человека молодого возраста может быть более травматичной и приводить к более выраженным симптомам посттравматического стресса.

Выводы. Настоящее исследование демонстрирует, что интенсивность переживания утраты, связанные с ним посттравматический стресс и рост различаются у лиц, утративших близких, являвшихся на момент смерти ребенком, подростком, юношей, взрослым или пожилым человеком. Полученные результаты подчеркивают важность учета возраста умершего при оценке психологического состояния лиц, переживающих утрату, и разработке стратегий помощи.

Литература

1. Андрющенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости / А.В. Андрющенко / Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. № 4. С. 104–109.

2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. М.: Издательство Московского университета, 1984. 200 с.
3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. СПб.: Речь, 2001. 321 с.
4. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста / М.Ш. Магомед-Эминов / Вестник Тамбовского университета. Гуманитарные науки. 2009. № 3. С. 111–117.
5. Пстыга Я.И. Переживание утраты близкого человека как источник смысложизненного кризиса у взрослых / Я.И. Пстыга // Ступени: сб. науч. ст. студентов, магистрантов и аспирантов / ГрГУ им. Янки Купалы; гл. ред. О.Г. Митрофанова. Гродно: ГрГУ, 2023. С. 105–109.

Факторы эмоционального неблагополучия, связанного с неудовлетворенностью своей внешностью

Рахманина А.А.
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
rakhmaninaaa@sklif.mos.ru

Ключевые слова: неудовлетворенность внешностью, физический перфекционизм, социальная тревога, страх негативной оценки, образ тела

Factors of Emotional Distress Associated with Appearance Dissatisfaction

Rakhmanina A.A.
N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
rakhmaninaaa@sklif.mos.ru

Keywords: appearance dissatisfaction, physical appearance perfectionism, social anxiety, fear of negative evaluation, body image

Введение. Современные исследования демонстрируют, что негативный образ тела формируется вследствие интернализации культурных стандартов и постоянного сравнения с ними [Rodgers R.F. et al., 2023; Huang Q. et al., 2020; Тарханова П.М., Холмогорова А.Б., 2014]. Это давление, поддерживаемое экономическими интересами бьюти-индустрии, способствует распространению нереалистичных идеалов. Параллельно растет рынок косметологических услуг, оборот которого в России в 2023 году достиг 269 млрд. рублей, а средний возраст клиентов снизился до 18–34 лет (ISAPS). Социальные сравнения порождают социально-предписанный перфекционизм, что напрямую связано с ростом социальной тревожности и страха негативной оценки.

Несмотря на обширные данные о влиянии медиа, психологическим факторам риска неудовлетворенности внешностью уделяется меньше внимания. **Целью** нашего исследования стало изучение этих факторов, а также их связи с социальной тревогой и симптомами депрессии.

Материалы и методы. Выборку составили 95 здоровых респондентов (14 мужчин, 81 женщина) средним возрастом 39,2 года (SD=12,1), набранных в качестве контрольной группы в Клинике лица НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Использовался комплекс методик:

1. Шкала страха негативной оценки (Brief Fear of Negative Evaluation Scale, Leary M.R., 1983; адаптация Клименковой Е.Н., Холмогоровой А.Б., 2017);
2. Шкала депрессии А. Бека (Beck A., 1961; адаптация Тарабриной Н.В., 2001);
3. Опросник «Ситуативной неудовлетворённости образом тела» (The Situational Inventory of Body-Image Dysphoria, SIBID, Cash T.F., 1994; адаптация Баранской Л.Т., Ткаченко А.Е., Татауровой С.С., 2008);
4. Трехфакторный опросник физического перфекционизма (Холмогорова А.Б., Рахманина А.А., 2020);
5. Шкала гиперсензитивного нарциссизма (HSNS, Cheek J., Hendin H., Wink P., 2013; адаптация Нестеровой С.Б., 2017);
6. Торонтская шкала алекситимии (TAS-20, Taylor G. et al., 1985; адаптация Старостиной Е.Г. с соавт., 2009);
7. Трехфакторный опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю., 2018).

Статистический анализ проводился в IBM SPSS Statistics 27 с использованием критериев Шапиро-Уилка, корреляции Спирмена, корреляции Пирсона и критерия Манна-Уитни для исследования различий по параметрам социо-демографических показателей.

Результаты. Анализ социо-демографических факторов выявил, что безработные респонденты демонстрируют большую поглощенность негативным отношением к внешности, чем работающие ($U = 987$; $p=0,029$). Значимых различий по полу, возрасту, семейному положению и образованию обнаружено не было.

Корреляционный анализ выявил сложную систему взаимосвязей. Наиболее значимые корреляции с неудовлетворенностью внешностью показали различные формы перфекционизма. Общий балл Трехфакторного опросника физического перфекционизма демонстрирует умеренную положительную связь ($r=0,529$; $p<0,01$). Наиболее мощным предиктором оказалась шкала «Склонность к неблагоприятным социальным сравнениям и руминации» ($r=0,628$; $p<0,01$). При этом шкала «Высокие стандарты внешности» не была значимым фактором ($r=0,190$).

В структуре Трехфакторного опросника перфекционизма наибольшее значение имели социально-предписываемый перфекционизм ($r=0,538$; $p<0,01$) и перфекционистский когнитивный стиль ($r=0,614$; $p<0,01$). Шкала гиперсензитивного нарциссизма показала умеренную

корреляцию (r=0,448; p<0,01). Показатели Торонтской шкалы алекситимии обнаружили слабые, но значимые связи: общий балл (r=0,245; p<0,05) и шкала «Трудности идентификации чувств» (r=0,361; p<0,01). Ситуативная неудовлетворенность внешностью также значимо коррелировала со страхом негативной оценки (r=0,570; p<0,01) и симптомами депрессии (r=0,657; p<0,01).

Выводы: 1) выраженность симптомов социальной тревоги и депрессии связаны с неудовлетворенностью своей внешностью. Однако, необходимо проведение дополнительного статистического анализа для понимания характера взаимосвязи этих показателей; 2) полученные данные указывают на комплексное влияние психологических факторов – перфекционизма (особенно его социально-предписанной формы и когнитивного стиля), нарциссизма и алекситимии – на эмоциональную дезадаптацию, связанную с неудовлетворенностью своей внешностью. Среди социо-демографических переменных значимым предиктором оказалось лишь отсутствие работы.

Литература

1. Тарханова П.М., Холмогорова А.Б. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом // Психологическая наука и образование. 2011. Т. 16. № 5. С. 52–60.
2. Huang Q., Peng W., Ahn S. When Media Become the Mirror: A Meta-Analysis on Media and Body Image // Media Psychology. 2020. Vol. 24. № 4. P. 437–489. DOI: 10.1080/15213269.2020.1737545.
3. Rodgers R.F., Laveway K., Campos P., de Carvalho P.H.B. Body Image as a Global Mental Health Concern // Global Mental Health (Camb). 2023. Vol. 10. e9. DOI: 10.1017/gmh.2023.2
4. ISAPS Global Survey 2022: Full Report and Press Releases. URL: https://www.isaps.org/discover/about-isaps/global-statistics/global-survey-2022-full-report-and-press-releases/ (дата обращения: 10.11.2024).

Ресурсные и психокоррекционные возможности нарративного метода работы с биографией, сближающего пожилых и молодых людей

Решетова Т.В.[1]***, Лаптева Е.С.***[1]***, Степанова А.Н.***[2]
[1]*ФГБОУ ВО «СЗГМУ им И.И. Мечникова» Минздрава России Санкт-Петербург, Россия*
[2]*Всероссийский волонтерский проект бесплатной психологической помощи населению «Мы Рядом 2020», Москва, Россия*
reshetova_t@mail.ru, happy01@inbox.ru

Ключевые слова: нарративный метод, пожилые, работа с биографией

The resource-building and psycho-corrective capabilities of a narrative biographical approach in fostering connection between elderly and young individuals

Reshetova T.V.[1]***, Lapteva E.S.***[1]***, Stepanova A.N.***[2]
[1]*FGBOU VO I.I. the Mechnikov SZGMU, St.Petersburg*
[2]*All-Russian volunteer project for free psychological assistance to the population «We Are Near 2020», Moscow, Russia*
reshetova_t@mail.ru, happy01@inbox.ru

Keywords: narrative method, elderly, working with biography

Введение. Наш современник хочет сохранить ясность ума до глубокой старости, независимо от негативных социальных влияний и кризисов. К сожалению, итоги фокус-групп, проведенных нами с врачами различных медицинских специальностей в 2000–2015гг, показали, что треть медиков не знает, что деменцию можно (и нужно) не терпеть, а лечить, и целесообразно обратить внимание на возможности немедикаментозной профилактики когнитивного снижения.

Когда с возрастом у многих людей уходит целостность и стратегичность деятельности, заменяясь пошаговым анализом текущего момента, ухудшаются память, концентрация внимания. Эти негативные процессы могут компенсироваться волевым контролем, когнитивным тренингом; любые творческие занятия замедляют ухудшение состояния. Процесс

старения памяти имеет два периода спада: 60–70 лет и 70–80 лет. «Восьмой десяток» – период относительной стабильности, и именно в это время целесообразно провести метод работы с биографией пациента. В условиях депривации, уменьшения интеллектуальных, эмоциональных и физических ресурсов воспоминания помогают пожилому человеку сохранить не только память, но и самооценку, оправдывая в рассказе события прошлой жизни (порой идеализируя и оправдывая факты прошлой жизни). Для пожилого человека, сегодняшняя жизнь которого бедна событиями, «уход в прошлое» эмоционально окрашен, но роль воспоминаний при этом и тренировочная, и психотерапевтическая. Даже короткое воспоминание (особенно рассказ) о любимой игрушке, книжке в детстве способствует позитивному настроению. Метод работы с биографией представляет собой структурированное интервью, которое достаточно сильно отличается от традиционного медицинского анамнеза [Т.В. Решетова, Е.Н. Шляхтер, 1998].

Механизм его воздействия состоит в активации определенных структур головного мозга при функционировании автобиографической памяти, что подтверждено нейровизуализационными исследованиями. Это средние и боковые части височной, лобной, теменной коры, а также лимбической структуры, особенно – вентральная медиальная префронтальная кора, причем, доказано, что поражение этой области может способствовать образованию ложных воспоминаний и выдумок [P. Fossati, 2013].

Биографический метод универсален, поскольку у человека может не быть ни сил, ни денег, ни близких, ни здоровья, но биография есть у всех. Противопоказаниями являются возраст до 20 лет, острое психические и соматические расстройства, когнитивное снижение ниже мягкой деменции. Метод работы с биографией прост и доступен, это еще и психотерапевтическая ресурсная техника, она позволяет выявить индивидуальные способы, позволявшие человеку самому справляться с трудностями и проблемами в жизни. По своим результатам этот нарративный метод сопоставим с психофармакологическим воздействием, но в отличие от последнего, способствует личностному росту [Т.В. Решетова и др., 2011].

Целью нашего исследования была верификация саногенных психокоррекционных и ресурсных возможностей метода работы с биографией.

Материал и методы. В исследовании участвовали 218 пациентов пожилого возраста, которым помимо общесоматического обследования в условиях клиники внутренних болезней было проведено экспериментально-психологическое обследование, включающее шкалы астении, депрессии (MMPI), тревожности (Спилбергера-Ханина), шкалу контроля за действием Ю. Куля, исследующую волевые качества. Половине пациентов (110 чел.) проводился дополнительно метод работы с биографией, остальные получали чисто соматическое лечение.

Результаты и обсуждение. У пациентов, с которыми работал психотерапевт с помощью структурированного метода анализа биографии к выписке достоверно уменьшились показатели тестов оценки тревожности, астении, улучшились волевые качества, вырос комплайенс.

Качественный анализ метода доказал возможность путем свободного высказывания вербализовать и отреагировать свои переживания, выявить их взаимосвязи с изменениями в здоровье («психосоматические мостики» по Ю.М. Губачеву), но главное – продемонстрировать самому себе и врачу свои собственные ресурсные способы, с помощью которых ранее данный пациент выходил из проблемных ситуаций. Очень важно отметить, что волевые качества больного (основа для выполнения им любых медицинских рекомендаций), имеют положительную динамику после проведения метода работы с его биографией.

Во время пандемии во многих семьях, где в общение включились представители старшего поколения, проявил себя эйджизм. Хорошей сближающей ресурсной техникой в этом случае являлся метод работы с биографией. Эффект метода даже в неопытных руках (внуков-подростков) оказался многогранным. Когда пожилой человек рассказывал подростку свою жизнь (а внук записывал это для своих потомков), у рассказчика появлялось мощное ощущение значительности, не бессмысленности прожитой собственной жизни. Внук получал наглядный урок уважения: его дед – не только стар и немощен, но он ещё и человек с подвигами в прошлом. После этого, по нашим наблюдениям, в семьях становились проще совместные дела или даже обучение младшего члена семьи каким-то навыкам. Особенно эффективным для сплочения семьи было привлечение старшего поколения к созданию генеалогического древа своего рода. Это оказалась настоящая психотерапия для старшего поколения [Т.В. Решетова и др., 2021].

Заключение. В настоящее время, в силу дефицита времени и финансов у многих пациентов, представляется актуальным использование всего комплекса доступных немедикаментозных способов лечения. В настоящее время даже врачи, придерживающиеся «западного» направления в медицине – медицины высоких технологий, начинают придавать все большее значение развитию так называемого «восточного» подхода: увеличению сил и возможностей самого организма, его индивидуальным внутренним ресурсам. В общей практике возможно использование метода работы с биографией, как ресурсной техники. Эта работа может быть делегирована психологу, медсестре, социальному работнику, и как показала пандемия, даже родственнику. Работа с биографией имеет несомненную диагностическую, лечебную и коммуникативную ценность. Метод создает доверительность в отношениях рассказчика и слушателя,

повышает комплаенс. Пожилой человек, разобравшись в своем жизненном пути, проанализировав свои ресурсы, творчески подойдет к борьбе с трудностями быта или болезнью не только как исполнитель чужих медицинских предписаний, а с помощью своих уже опробованных в его жизни способов. Именно творчество превращает нашу биографию из пассивно переносимой судьбы в подлинно жизненный путь человека [Т.В. Решетова, 2008].

Литература

1. Решетова Т.В., Шляхтер Е.Н. Диагностические и лечебные аспекты работы с биографией: метод. пособие. СПб., 1998.
2. Fossati P. Imaging autobiographical memory // Dialogues Clin Neurosci. 2013. Vol. 15. P. 487–490.
3. Решетова Т.В. Эффективный контакт с больными деменцией и психологическая поддержка их родственников: учебное пособие. СПб., 2011. 40 с.
4. Решетова Т.В., Лаптева Е.С., Лукашкова В.В., Решетов А.В. Проблемы пожилых людей и направления медико-социальной и психологической поддержки в период пандемии COVID-19 // Успехи геронтологии. 2021. Т. 34, № 5. С. 679–694.
5. Решетова Т.В. Психопатология в геронтологии // Психодиагностика и психокоррекция / под ред. А.А. Александрова. СПб.: Питер, 2008. Гл. 12. С. 353–380.

Восприятие ребенком-инвалидом реабилитационного процесса

Рогачева Т.В.
ФБУН «Екатеринбургский медицинский-научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий»
Екатеринбург, Россия
TVRog@yandex.ru

Ключевые слова: комплексная реабилитация, ребенок-инвалид, восприятие

Rehabilitation process perception by a child with disabilities

Rogacheva T.V.
FSBI «Yekaterinburg Medical and Research Center for Prevention and Health Care of Industrial Workers»
Yekaterinburg, Russia
TVRog@yandex.ru

Keywords: comprehensive rehabilitation, child with disabilities, perception

Введение. Активное внедрение в жизнь нормативных правовых документов по реабилитации и абилитации (новые федеральные стандарты по комплексной реабилитации для разных целевых реабилитационных групп (ЦРГ), приказы Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ и пр.) приводит к необходимости смены оптики с ориентации на специалистов, оказывающих реабилитационные услуги, на самих пациентов/клиентов, участвующих в реабилитационном процессе. С одной стороны, подтверждается необходимость функционирования специалистов в междисциплинарной реабилитационной бригаде и, как следствие, формулирования общей цели реабилитации, с другой – необходимо выполнение нормативно зафиксированного требования к увеличению степени вовлеченности инвалидов во все аспекты общественной жизни [3; 4], в том числе в функционирование системы комплексной реабилитации и абилитации.

Если рассматривать структуру детской инвалидности, то на первом месте – психические расстройства (33% от общей численности

детей-инвалидов в России). Дети-инвалиды с преимущественными нарушениями психических функций (ЦРГ 1), являются, по нашему опыту, самыми проблемными и сложными клиентами в реабилитации. Главными особенностями таких детей, кроме снижения интеллектуального развития, чаще выступают нарушения социального поведения, дефицит адаптивной функции как отсутствие либо затруднения приспособляемости, связанных с такими качествами, как ответственность, ориентация на саморегуляцию, коммуникативность, исполнение ежедневных обязанностей, профессиональная ориентированность.

Материалы и методы. Для исследования перцептивного процесса были изучены результаты 150 детей-инвалидов в возрасте от 14 до 17 лет, ЦРГ 1, проходивших комплексную реабилитацию в течение 21 дня на базе ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов г. Екатеринбурга» на стационарной форме обслуживания. Кроме стандартизованной психодиагностической батареи были использованы Методика М. Люшера и Тест ЦТО А.М. Эткинда для выявления ассоциаций с реабилитацией (тест проводился дважды: в начале и в конце реабилитационного процесса). Именно «цвето-ассоциативный эксперимент позволяет выявить достаточно глубокие, частично неосознаваемые компоненты отношений, минуя при этом искажающие, защитные механизмы вербальной системы сознания» [1, 3].

Результаты. Реабилитационный процесс выступает эпизодом бытия ребенка, имеющего определенные ограничения жизнедеятельности, являясь тем самым предметом восприятия. Несомненно, восприятие «привязано» к обстоятельствам жизни, обусловлено ими» [2, 15], что подразумевает «целостное состояние готовности человека, лежащее в основе актов восприятия» [2, 36]. Именно позиция и установки ребенка-инвалида оказывают решающее воздействие на результативность реабилитации. Для выявления чувственной, наглядно-образной психической природы перцептивного образа как «разрешения перманентно меняющихся отношений индивида со средой» [2, 41] использование проективных методик позволяет распознать реальное отношение ребенка-инвалида к реабилитации. Большинство оптантов при предъявлении цветных карточек с просьбой выбрать цвет, который соответствует реабилитации, в начале реабилитации указывали на серый (45%), коричневый (31%) и фиолетовый (17%) цвета. Выбор таких цветов сигналит о низком реабилитационном потенциале большинства клиентов, а также неготовности к восстановлению либо формированию новых умений и навыков в комплексной реабилитации. Стоит указать и на позицию большинства родителей/законных представителей этих подростков, которые зачастую рассматривают реабилитационный процесс как своеобразную

передышку от сложностей и проблем, которые есть в семье, имеющей ребенка-инвалида, либо в социальном учреждении, где проживает этот ребенок-инвалид. Установки родителей/законных представителей не могут не сказываться на эмоциональном состоянии клиентов.

На основании проведенной диагностики на заседании междисциплинарной реабилитационной команды были уточнены общая цель реабилитации для каждого ребенка-инвалида, а также полученные результаты были использованы для коррекции индивидуального реабилитационного маршрута ребенка-инвалида (добавлены социально-психологические услуги: консультирование и практические занятия, задачами которых выступили формирование мотивированности на реабилитационный процесс, прояснение для ребенка-инвалида особенностей его адаптации в социуме).

В конце реабилитационного процесса эмоционально-личностная оценка реабилитационного процесса у многих подростков изменилась. Так, на первое место вышел желтый цвет (24%) как показатель возможности пообщаться, актуализации потребности в переменах, в действии. На втором месте (19%) оказался синий цвет, который интерпретируется как повышение интереса к процессу реабилитации с преобладанием чувства, что процесс был безопасным и успешным. На третьем месте (17%) оказался черный цвет как преобладание протестных реакций на требования специалистов (режим дня, дисциплинированность, отсутствие ненормативной лексики в коммуникациях и пр.).

Заключение. Принципиальные изменения в цвето-эмоциональных ассоциациях детей-инвалидов в процессе реабилитации позволяет рассматривать данные методики как диагностический инструмент для прогноза и уточнения реабилитационного процесса.

Литература

1. Бажин Е.Ф., Эткинд А.М. Цветовой тест отношений. Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1985. 10 с.
2. Барабанщиков В.А. Психология восприятия. Организация и развитие перцептивного процесса. М.: Когито-Центр, 2006. 240 с.
3. Дымочка М.А. Приоритетные направления совершенствования деятельности федеральных учреждений медико-социальной экспертизы. Электронный ресурс: http://invalidnost.com›MSE/FB/2024/VKS/dymochka_m.a.pdf
4. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 № 3711-р «Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. Электронный ресурс: http://static.government.ru›media/files/… pdf

Соотношение субъективных и объективных нарушений познавательных процессов у пациентов с умеренным когнитивным расстройством

Рогоза Е.В.
Российский государственный гуманитарный университет (ФГАОУ ВО «РГГУ»), Москва, Россия
esolnse8@yandex.ru

Ключевые слова: когнитивные нарушения, психоэмоциональное неблагополучие

The relationship between subjective and objective cognitive impairments in patients with mild cognitive impairment

Rogoza E.V.
Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia
esolnse8@yandex.ru

Keywords: cognitive impairments, psychoemotional distress

Введение. Когнитивная сфера – важная часть жизни человека. Изучение патологий и переходных состояний когнитивной сферы позволяет более эффективно продлить нормальное взаимодействие человека с внешним миром. Актуальность данной темы продиктована широким распространением прогрессирующих умеренных когнитивных нарушений среди лиц старшего возраста. Прогрессирование умеренных когнитивных расстройств до деменции за год может варьироваться от 5 до 17 процентов [1]. Наличие жалоб на изменения в когнитивной сфере повышают возможность развития умеренных когнитивных расстройств в 2 раза [2].

Целью исследования стал анализ соотношения субъективных и объективных нарушений познавательных процессов, а также взаимосвязь субъективной оценки нарушений с текущей выраженностью эмоционального неблагополучия у пациентов с умеренными когнитивными нарушениями.

Материалы и методы. В качестве теоретико-методологической базы использовалась концепция умеренных когнитивных нарушений R. Petersen, Thomas X. Crook, R. Stewart, Захаров В.В., Старчина Ю.А. Отечественный клинико-психологический подход к проблеме восприятия

своих нарушений пациентами с психическими расстройствами: Зейгарник Б.В., Лурия А.Р, Николаева В.В. Концепции критичности и инсайта в отечественных и зарубежных исследованиях: Морошкина Н.В., Аммалайнен А.В., Савина А.И., Рубинштейн С.Л.

В качестве методов для оценки субъективной стороны нарушений использовались: опросник «УКР-7» («MCI-7», Морозова М.А., Рупчев Г.Е.), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (A.S. Zigmond, R.P. Snaith, адаптация: Морозовой М.А., Потанина С.С., Бениашвили А.Г., Бурминского Д.С., Лепилкиной Т.А., Рупчева Г.Е., Кибитова А.А.). В качестве методов для оценки объективной стороны нарушений использовались: Монреальская когнитивная шкала (МоСА, от англ. Montreal Cognitive Assessment) (З. Насреддин), 10 слов («10 words», А.Р. Лурия), «Dots Probe» (MacLeod, Mathews, Tata), «Digit Span» (J. Jacobs), «Corsi Test» (Philip M.Corsi), Таблицы Шульте («Schulte tables», в адаптации Рубинштейн С.Я). В качестве методов статистической обработки данных использовались непараметрический U-критерия Манна-Уитни для анализа различий между группами, непараметрический критерий Спирмена для анализа статистической значимости корреляций, пакет статистических программ «STATISTICA 10.0» для статистической обработки данных.

В данном исследовании приняло участие 37 человек в возрасте от 45 до 60 лет. В исследуемую группу было включено 17 пациентов с диагностированным легким когнитивным расстройством (F06.7 по МКБ-10), преимущественно сосудистого генеза. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 52,9±6,0 лет, образование (в годах в обучения) – 14,2±2,3 лет. Из 17 пациентов было 9 исследуемых мужского пола и 8 женского. Набор пациентов в исследуемую группу осуществлялся на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации, в группу не включались пациенты с выраженными речевыми нарушениями в виде афазий, препятствующими выполнению отобранных для исследования методик. В контрольную группу было включено 20 условно здоровых испытуемых, не имеющих опыта обращения за психиатрической помощью. Средний возраст испытуемых контрольной группы составил 50,3±4,2 лет, образование (в годах в обучения) – 15,5±0,6 лет. Из исследуемых 20 испытуемых 8 испытуемых было мужского пола и 12 женского. Выборки были сопоставимы и статистически значимо не отличались по критериям возраста и образования.

Результаты. По результатам МоСА обнаружено общее снижение когнитивных функций, средний балл по скрининговой шкале в клинической выборке соответствует уровню умеренных когнитивных нарушений (18–25 баллов). По результатам методики «10 слов» пациенты с УКР показали значимо более низкие результаты при заучивании материала

и при отсроченном воспроизведении, что указывает на снижение показателей непосредственного запоминания у обследованных пациентов. Также пациенты продемонстрировали наличие негрубых регуляторных нарушений. При выполнении «Таблиц Шульте» у экспериментальной группы показан более низкий в сравнении с нормой результат (при норме 30–50с). Кривые внимания демонстрируют общее снижение динамики у испытуемых в клинической выборке. При оценке субъективного отношения среди исследуемой группы наиболее часто выбирались утверждения, связанные с памятью, речевыми проблемами и общими трудностями усвоения информации и программ действий. Статистические различия объективных и субъективных сторон нарушений у клинической и контрольной групп обнаружены по половине пунктов опросника «УКР-7», что указывает на то, что пациенты с УКР значительно чаще отмечали у себя когнитивные нарушения. По результатам «HADS» признаки эмоционального неблагополучия у клинической выборки выражены сильнее, чем у группы нормы (хотя в обеих группах в среднем не превышали пороговых значений для фиксации клинически значимых эмоциональных нарушений) (0–7 баллов), статистически значимые различия между группами были выявлены только по шкале депрессии. По результатам корреляционного анализа пациенты, лучше справлявшиеся с пробами на исполнительные функции (связанные с оттормаживанием импульсивных реакций), оценивали свои когнитивные нарушения, как более выраженные. Также статистически значимые корреляции с результатом заполнения опросника УКР-7 были обнаружены и для показателя шкалы тревоги, и для показателя шкалы депрессии методики HADS.

Выводы. 1. Когнитивный дефицит у пациентов с УКР проявляется в ослаблении большинства когнитивных функций, и преимущественно затрагивает процессы рабочей памяти и произвольного внимания. 2. При оценке субъективного восприятия когнитивного дефицита пациенты с УКР чаще отмечали у себя проблемы, связанные с речевыми нарушениями (невозможность вспомнить контекстуально подходящее слово) и общими трудностями усвоения информации. 3. Пациенты с сохранным регуляторным компонентом критичнее оценивают свои нарушения. 4. Пациенты, которые испытывают более выраженные негативные эмоциональные переживания, критичнее оценивают состояние своих познавательных процессов.

Литература

1. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. Continuum (Minneap Minn) // Dementia. 2016. Vol.22, No.2, pp. 404–418.
2. Деменция // Всемирная организация здравоохранения URL: https://www.who.int/ (дата обращения: 11.07.2025).

Пятилетнее исследование динамики когнитивной сферы у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера

Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д.
Научный центр психического здоровья,
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
ifroshchina@mail.ru

Ключевые слова: родственники 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера, субъективное когнитивное снижение, когнитивная сфера, клинико-нейропсихологическое исследование

A 5-year study of cognitive dynamics in first-degree relatives of patients with Alzheimer's disease

Roshchina I.F., Selezneva N.D.
Mental Health Research Center, MSUPE, Moscow, Russia
ifroshchina@mail.ru

Keywords: first-degree relatives of patients with Alzheimer's disease, subjective cognitive decline, cognitive sphere, clinical neuropsychological study

Введение. По данным международного консорциума COSMIC, примерно каждый четвертый пожилой человек без деменции отмечает у себя ухудшение памяти или других когнитивных функций [1]. Субъективное снижение когнитивных (СКС) функций определяется жалобами пациентов на снижение памяти и других когнитивных функций при отсутствии признаков объективных когнитивных нарушений по результатам рутинного нейропсихологического тестирования и оценки повседневного функционирования [2]. Актуальность проблемы СКС обусловлена тем, что появление субъективных жалоб на ухудшение памяти и других когнитивных функций нередко является ранним предиктором развития более выраженных когнитивных нарушений. СКС рассматривается как возможный продромальный этап болезни Альцгеймера (БА) и других деменций [10]. Кровных родственников пациентов с БА (детей и сибсов) с субъективным когнитивным снижением можно рассматривать как

особую группу риска ухудшения когнитивной сферы и развития деменции. Разработка и внедрение методов превентивной терапии для сохранения их когнитивного здоровья является актуальной задачей.

Цель: сравнительная оценка пятилетней динамики когнитивного функционирования в группах родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) с субъективным когнитивным снижением (СКС), получивших 4 курса терапии холина альфосцератом (терапевтическая группа) и не лечившихся в течение периода наблюдения (контрольная группа). Терапевтическая группа родственников на протяжении 57 месяцев (4 года 9 мес.) получила 4 курса трехмесячной пероральной терапии холина альфосцератом с периодичностью 1,5 года. Суточная доза составляла 1200 мг (3 раза в день по 400 мг перорально). Механизм прокогнитивного действия холина альфосцерата основан на его роли как эффективного предшественника ацетилхолина и мембранных фосфолипидов.

Участники исследования. Когорта – 122 родственника, 56 (45,9%) из них получили 4 курса пероральной терапии холина альфосцератом (терапевтическая группа) и 66 (54,1%) в течение периода наблюдения не лечились (контрольная группа). В терапевтической группе средний возраст – 56,9±11,7 года, (20 мужчин и 36 женщин, 52 чел. – дети больных БА и 4 чел. – сибсы). Средний возраст в контрольной группе – 57,5±1,0 года. Исходные средне-групповые оценки когнитивного функционирования у лиц обеих значимо не различались по всем психометрическим тестам и по результатам выполнения «Экспресс-методики» нейропсихологической оценки.

Этические аспекты. У всех родственников пациентов с БА получено информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Методы исследования: проспективный клинический, психометрический (набор из 10 шкал и тестов), нейропсихологический («Экспресс методика оценки мнестико-интеллектуального функционирования пожилом возрасте» – «Экспресс методика»), статистический.

Метод оценки. В терапевтической группе состояние когнитивного функционирования оценивалось до начала каждого из курсов терапии и после его окончания, а также через 3 мес. после завершения последнего курса терапии (60 мес.); в контрольной группе оценка проводилась в аналогичные сроки.

Результаты. По шкале CGI–I в терапевтической группе случаев ухудшения состояния не наблюдалось. После каждого курса терапии установлено улучшение состояния разной степени выраженности. К окончанию периода проведения терапии (57 мес.) выраженное и умеренное

улучшение определено с равной частотой – в 48,2% случаев соответственно. При катамнестическом обследовании через 3 мес. после окончания последнего курса терапии частота умеренного улучшения увеличилась до 50,0%, а частота выраженного улучшения сохранилась на том же уровне (48,2%). В контрольной группе по шкале CGI–I установлено ухудшение состояния уже к окончанию 39-го мес.: в 9,1%случаях происходила конверсия СКС в синдром мягкого когнитивного снижения (МКС), к окончанию периода наблюдения (60 мес.) синдром МКС был диагностирован уже у 16,7% родственников. В терапевтической группе по всем когнитивным шкалам и тестам средне-групповые оценки значимо улучшались (по сравнению с исходными показателями) после каждого курса терапии, при посттерапевтическом катамнестическом обследовании (60 мес.) значимое улучшение оценок установлено по 4-м тестам из 10. В контрольной группе ухудшение исходных оценок становилось значимым по всем шкалам и тестам к 39 мес. наблюдения. Сравнение результатов выполнения «Экспресс-методики» нейропсихологической оценки когнитивных функций в терапевтической группе в начале исследования и к его окончанию показало значимое улучшение по 10 субтестам из 12 и общему баллу методики. Значимо улучшались объем вербальной и семантической памяти, конструктивная деятельность, пространственный и динамический праксис, семантическая организация речи, произвольная регуляция и нейродинамические параметры психической активности. В контрольной группе к 60 мес. отмечалось значимое ухудшение по сравнению с исходными оценками по всем 12-и субтестам.

Заключение. Проведённое сравнительное клиническое и нейропсихологическое исследование продемонстрировало, что применение курсовой терапии холина альфосцератом при СКС у родственников 1-й степени родства пациентов с БА замедляет прогрессирование когнитивного дефицита у всех включенных в исследование лиц и в 48,2% случаев приводит к его обратному развитию. В терапевтической группе за период наблюдения отмечено значимое улучшение показателей по шкалам MMSE и MoCA и всем нейропсихологическим тестам, тогда как у нелеченых родственников оценки когнитивных показателей по всем применявшимся шкалам и тестам значимо ухудшались. Важным эффектом долговременной курсовой терапии является обратное развитие симптомов СКС вплоть до возрастной нормы у 48,2% пациентов.

Литература

1. Röhr S., Pabst ASG-H., Jessen F.Y.T., Handajani Y.S., et al. Estimating prevalence of subjective cognitive decline in and across international cohort studies of aging: a COSMIC study // Alzheimers Res Ther. 2020. Vol. 12(1), e167. DOI: 10.1186/s13195-020-00734-y

2. Jessen F., Amariglio R.E., van Boxtel M., Breteler M., Ceccaldi M., Chetelat G., et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease // Alzheimers Dement. 2014. № 10. P. 844–852. DOI: 10.1016/j.jalz.2014.01.001
3. Ma S-J., Yu Y-X., Tian K., Yong W., Yu W.-L., Bai R.-Y., Wu L.-E., Guo X. Prevalence and risk factors of subjective cognitive decline in older adults in Baotou, China: a cross-sectional study // Front. Aging Neurosci. [Фронтиры нейронауки старения]. 2024. Vol. 16, e1422258. DOI: 10.3389/fnagi.2024.1422258

Методология судебной психолого-психиатрической экспертизы

Сафуанов Ф.С.
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Россия
Московский государственный психолого-педагогический университет Москва, Россия
safuanovf@rambler.ru

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, судебная клинико-психологическая экспертология, теория экспертных понятий

Methodology of forensic psychological and psychiatric examination

Farit S. Safuanov
V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
safuanovf@rambler.ru

Keywords: complex forensic psychological and psychiatric examination, forensic clinical and psychological expertology, theory of expert concepts

Одной из бурно развивающихся отраслей медицинской психологии является комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ). Количество КСППЭ составляет 25% от примерно 300 000 судебно-психиатрических экспертиз, ежегодно производимых в Российской Федерации. Из 13 486 штатных должностей медицинских психологов учреждений Минздрава России 1664 (12,3%) приходится на долю специалистов, участвующих в производстве судебных экспертиз.

Основы судебных экспертиз с участием психолога были заложены учеником Б.В. Зейгарник – М.М. Коченовым. Под руководством Блюмы Вульфовны Михаил Михайлович в 1970 году защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата психологических наук на тему «Нарушения процесса смыслообразования при шизофрении». В последующем

создал высокоинтегративную область судебно-экспертной психологической деятельности, объединяющую достижения отдельных областей психологии – клинической, социальной, возрастной и т. п. [1]. Он одним из первых поставил проблему возможности производства комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. В своей докторской диссертации на тему «Теоретические основы судебно-психологической экспертизы», защищенной в 1991 году, им были выделены основные признаки комплексной экспертизы и сформулирован ряд методологических положений, не теряющих значения и на сегодняшний день.

Одним из наиболее важных методологических положений клинико-психологической экспертологии является принцип трансформации общепсихологических научных понятий в понятия судебно-психологические, «экспертные», которые, не теряя своей психологической сущности, адаптированы к правоприменению [2]. Правовые последствия использования заключения КСППЭ сводятся либо к индивидуализации наказания, либо к квалификации определённых статей Уголовного, Гражданского или Семейного кодексов, либо к ограничению участия в судопроизводстве подэкспертного лица. экспертные судебно-психологические понятия занимают промежуточное положение между общепсихологическими и правовыми. При анализе соотношения экспертных понятий и правовых норм М.М. Коченов [1] выдвинул положение о том, что теория судебно-психологической экспертизы имеет дело с психологическим содержанием некоторых юридических понятий, описывающих поведение людей и его внутренние механизмы, фиксирующих временные психические состояния, изменения сознания под влиянием различных факторов. С другой стороны, экспертному определению подлежат только те общепсихологические явления, которые влекут определенные правовые последствия [2, 3].

Другим основополагающим методологическим положением клинико-психологической судебной экспертологии является принцип единства интеграции и дифференциации судебных экспертных наук [4], который раскрывает взаимодействие психологов и психиатров в процессе производства комплексной судебной экспертизы. Выделяют 4 модели взаимодействия психологов и психиатров в рамках КСППЭ [5]:

1. Отсутствие интегративных ответов, когда эксперты разных специальностей отвечают на вопросы, входящие только в их компетенцию. Например, это КСППЭ аффекта. При отсутствии совместных экспертных выводов взаимодействие психологов и психиатров всё же осуществляется: врачи используют данные патопсихологического исследования для дифференциальной диагностики психических расстройств, а психологи учитывают клинический диагноз при определении аффекта.

2. Последовательное комплексирование, когда ответить на вопросы, поставленные перед экспертами-психологами, невозможно без ссылки на диагностическое и экспертное решение психиатра. Типичным примером является психологическая диагностика отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством (ч. 3 ст. 20 УК РФ).
3. Последовательно-параллельное комплексирование. Нарушение юридически значимой способности (юридический критерий) может быть следствием психического расстройства (компетенция психиатра) или эмоционального состояния, личностных особенностей, уровня психического развития (компетенция психолога), например, определение способности свидетеля давать показания или способности потерпевшего оказывать сопротивление. Клинические и психологические факторы исследуются параллельно, но комплексирование является и последовательным в том смысле, что определение нарушения юридически значимой способности вследствие психического расстройства делает избыточным определение психологических факторов нарушения такой способности.
4. При параллельном комплексировании происходит одновременная психолого-психиатрическая оценка юридического критерия, одновременное определение влияния и психопатологических, и психологических факторов на юридически значимые способности подэкспертного. Чаще всего это используется при установлении ограниченной вменяемости, сделкоспособности.

Еще один принцип клинико-психологической судебной экспертологии – принцип ратифицируемости, – определяет практическое взаимодействие экспертов с судебно-следственными органами, назначающими судебную экспертизу и оценивающими экспертные заключения. Ратификацию судебно-экспертных разработок осуществляют следственные и судебные органы, назначающие экспертизу и использующие заключения экспертов в своей профессиональной деятельности. В теории судебных экспертиз с участием психолога предлагалось множество идей о новых предметах экспертизы (достоверность показаний, мотив общественно опасного деяния, аномальный аффект и т. п.), которые так и не были приняты судебно-следственной практикой.

Литература

1. Коченов М.М. Судебно-психологическая экспертиза: теория и практика. Избранные труды. М.: Генезис, 2020.
2. Сафуанов Ф.С. Принципы клинико-психологической судебной экспертологии // Российский психиатрический журнал. 2020. № 2. С. 39–45. https://doi.org/10.24411/1560-957X-2020-10205.

3. Сафуанов Ф.С. Существует ли специальная методология юридической психологии? Приглашение к дискуссии. Прикладная юридическая психология, 2011. № 1. С. 8–18.
4. Винберг А.И., Малаховская Н.Т. Судебная экспертология. Волгоград: ВСШ МВД СССР, 1979.
5. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2014.

Взаимосвязь осмысленности жизни и экзистенциальной исполненности у подростков

Сбитнев М.Э., Шперлинь А.В.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия
sbitnev.m@list.ru

Ключевые слова: осмысленность жизни, экзистенциальная исполненность

The relationship between the meaningfulness of life and existential fulfillment in adolescents

Sbitnev M.E., Shperlin A.V.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
sbitnev.m@list.ru

Keywords: meaningfulness of life, existential fulfillment

Введение. Актуальность исследования обусловлена тем, что в настоящее время, в связи с развитием качества жизни, факторов, влияющих на становление экзистенциального кризиса довольно много (много свободного времени, информации, обстановка в мире и т. д.). При этом зачатки проблем такого рода начинают беспокоить человека с подросткового возраста.

Подростковый возраст является решающим в формировании личности человека. Если у подростка возникают трудности в осмысленности своей жизни, а трудности такого рода получают свою актуальность в подростковом возрасте (Леонтьев Д.А., 2023), то существует риск отсутствия экзистенциальной исполненности.

Мы предполагаем, что уровень осмысленности жизни и экзистенциальной исполненности взаимно повышаются при возрастании одной из них.

Цель исследования: определить взаимосвязь осмысленности жизни и экзистенциальной исполненности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 лиц мужского и женского пола подросткового возраста 10–11 классов школы-интерната № 133 для детей больных сколиозом. Исследование проводилось с помощью методик: «Переживание экзистенциального кризиса» (В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич), «Опросник смысложизненного кризиса ОСК» (Е.В. Карпинский), «Шкала экзистенции ESK»

(А. Лэнге, К. Орглер, адаптация И.Н. Майниной и А.Ю. Васановым), «Тест смысложизненных ориентаций СЖО/PIL» (Дж. Крамбо, Л. Махолин, адаптация Д.А. Леонтьевым). По результатам исследования выборка была разделена на две группы по шкале «Общий показатель осмысленности жизни» (первая группа – учащиеся с низким и со средним показателем по этой шкале, 16 чел.), вторая группа – с высоким, 14 чел.).

Сравнение групп по отдельным показателям проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни (в программе IBM SPSS Statistics 27), корреляционный анализ проводился с помощью критерия Спирмена.

Результаты Испытуемые с низким уровнем осмысленности жизни не видят смысла в социальных связях, испытывают чувство несвободы (нерешительны), менее обязательны (безответственны), боятся включаться в жизнь, субъективно ощущают чувство неисполненности (эмоциональная закрытость).

Взаимосвязи совместно обеих групп касаемо общей осмысленности жизни: обратная корреляция со шкалами «Бессмысленность социальных связей» (r = –0,46), «Неудовлетворенность собой» (r = –0,41), «Неудовлетворенность своим настоящим» (r = –0,49), что возможно связано с тем, что осмысленность включает в себя общение с другими, принятие себя и своего окружения какое оно есть.

Общий показатель осмысленности имеет связь с показателями исполненности: «Самотрансцендентальность» (r = 0,54), «Свобода» (r = 0,49), «Ответственность» (r = 0,67), «Персональность» (r = 0,44), «Экзистенциальность» (r = 0,69), что возможно связано с тем, что осмысленность жизни включает в себя такие характеристики, как способность принимать решения, открытость окружающему миру и способность ощущать ценности, иметь эмоциональные переживания, связанные с ними.

Исполненность: связь со шкалами, относящимися к осмысленности жизни – «Цели в жизни» (r = 0,49), «Результативность» (r = 0,50), «Локус контроля – Я» (r = 0,57) и «Локус контроля – жизнь» (r= 0,59). Это может означать, что для исполненности имеет значение наличие целей в жизни, результативность, контроль жизни и свобода выбора.

Общий показатель осмысленности жизни имеет связь собственно с самой шкалой «Исполненности» (r = 0,53), что можно трактовать, как взаимосвязь экзистенции и осмысленности жизни.

При рассмотрении группы с низким уровнем осмысленности жизни была обнаружена обратная связь выраженности смысложизненного кризиса со шкалами осмысленности жизни: «Цели в жизни» (r = –0,46), «Локус контроля-жизнь» (r = –0,52) и «Локус контроля – Я» (r= –0,49) – возможно, при низком уровне осмысленности жизни имеет место развитие экзистенциального кризиса.

Подобная связь наблюдается в отношении экзистенциальной исполненности: шкалы «Экзистенциальность» (r = –0,46), «Свобода» (r = –0,52), «Самотрансцендентальность» (r = –0,59). Можно предположить, что нерешительность взаимодействия с миром, субъективное чувство несвободы и низкая ясность в чувствах являются предвестниками или симптомами экзистенциального кризиса.

Обратная корреляционная связь у группы с высоким уровнем осмысленности: «Общий показатель осмысленности жизни» и «Неудовлетворенность своим настоящим» (r = –0,49), «Неудовлетворенность собой» (r = –0,41) и «Бессмысленность социальных связей» (r = –0,46). В связи с экзистенциальной исполненностью также присутствует обратная корреляция со шкалой «Бессмысленность социальных связей» (r = –0,49).

Связь осмысленности и исполненности: практически все шкалы задействованы: от осмысленности – «Цели в жизни» (r=0,49), «Результативность» (r = 0,50), «Локус контроля – Я» (r = 0,57) и «Локус контроля – жизнь» (r = 0,59); от исполненности – «Самотрансценденция» (r = 0,54), «Свобода» (r = 0,49), «Ответственность» (r = 0,67), «Персональность» (r = 0,44) и «Экзистенциальность» (r = 0,69).

Выводы. По всем шкалам респонденты с низким уровнем осмысленности имеют средние или низкие результаты, с высоким высокие. Однако по шкале «Результативность» в обеих группах достаточно высокий результат, что возможно связано с высоким уровнем мотивации. Результаты экзистенциальной исполненности говорят, что независимо от группы, результаты по шкалам «Дистанцирование» и «Персональность» имеют в основном низкий или средний показатель. Это может говорить о недостатке открытости восприятия мира и самого себя, неспособности отодвинуть свои желания, чтобы взглянуть на ситуацию с дистанции. При высоком уровне осмысленности жизни высокие показатели имеются и по шкалам исполненности. Это может означать, что осмысленность жизни связана с такими характеристиками, как свобода, ответственность, самотрансценденция, экзистенциальность и т.д. Соответственно, высокий показатель экзистенциальной исполненности будет иметь связь с высокими показателями по шкалам: «Цели в жизни», «Результативность», «Локус контроля-я», «Локус контроля-жизнь» и др.

Литература

1. Карпинский К.В. Опросник смысложизненного кризиса. Гродно: ГрГУ. 2021. С. 127.
2. Леонтьев Д.А. Психология смысла. Природа, строение и динамика смысловой реальности. Совет по психологии УМО по классическому университетскому образованию в качестве учебного пособия для

студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии. 2023. С. 36.
3. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). Совет по психологии УМО по классическому университетскому образованию в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям психологии. 2020. С. 18.
4. Лэнге А., Орглер К., Кривцова С.В. Экзистенциальный анализ. Шкала экзистенции. Москва. 2019. С. 141–170.
5. Янышева Л.В., Сенкевич Л.В. Опросник «Переживание экзистенциального кризиса». РГСУ, Москва. 2021. С. 8.

Апробация исследования взаимосвязи иррациональности и комплаенса у пациентов с сердечно-сосудистой патологией в разные периоды взрослости

Семенова Д.В.
Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия
daria.semenova.v@gmail.com

Ключевые слова: комплаенс, иррациональность, возраст, пациент, сердечно-сосудистое заболевание

Testing the study of the relationship between irrationality and compliance in patients with cardiovascular pathology in different periods of adulthood

Daria V. Semenova
Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia
daria.semenova.v@gmail.com

Keywords: compliance, irrationality, age, patient, cardiovascular disease

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной смертности в России. [1] Значительная часть пациентов с сердечно-сосудистой патологией – люди старше 70 лет, однако, риск развития и предрасположенность к некоторым разновидностям заболеваний выявляется уже в возрасте от 17 до 26 лет [4]. Низкий уровень комплаенса, по данным исследований Всемирной организации здравоохранения, является причиной высокого уровня осложнений, ухудшения качества жизни и показателей смертности [5]. ВОЗ дает определение комплаенсу как степени соответствия поведения пациента в отношении применения лекарств, выполнения рекомендаций и изменения образа жизни назначениям врача [3].

В периоды нестабильности в мире возникает тенденция к распространению предложений об исцелении от сторонников «альтернативной медицины», растет количество сомнительных способов оздоровления: экстрасенсы, маги, народные лекари [2]. Люди, склонные

к иррациональности и внушаемости, испытывающие значительный стресс от нестабильной ситуации в мире и страдающие от хронического заболевания, могут искать пути иного, алогичного структурирования и понимания мира, что в свою очередь может отразиться и на принимаемых ими решениях относительно лечения.

В связи с данными статистики становится актуальным изучение взаимосвязи приверженности лечению и иррациональности среди пациентов разного возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Гипотеза исследования – приверженность лечению как многокомпонентное явление зависит от конструктивности мышления пациента, его прогностической компетентности и рациональности.

Материал и методы. Гипотеза апробирована на 20 пациентах с сердечно-сосудистой патологией в возрасте от 31 до 70 лет, находящихся в кардиологических и терапевтических отделениях медицинских учреждений города Казани. Критерием включения в выборку является наличие диагностированной приобретенной сердечно-сосудистой патологии; критериями исключения из выборки являются врожденные сердечно-сосудистые заболевания и наличие психического расстройства. Средний возраст участников исследования составил 49,5 лет. Количество женщин – 7 чел., количество мужчин – 13 чел.. У 75% пациентов диагностирована гипертония, у 4 пациентов – ишемическая болезнь, у 1 – пролапс клапана.

В работе были использованы следующие психодиагностические методики: российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25) (Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко); тест антиципационной состоятельности (краткая версия) (Е.В. Агафонова, А.С. Граница, Э.В. Макаричева); методика «Опросник конструктивного мышления» С. Эпштейна (в адаптации С.Н. Ениколопова и С.В. Лебедева). Методы математической статистики: коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для статистического анализа использовалась программа SPSS.

Результаты. У показателя общей приверженности к лечению выявлена достоверная взаимосвязь с общей прогностичностью антиципационной состоятельности (rs=0,462 при $p \leq 0,05$) и личностно-ситуативной составляющей антиципационной состоятельности (Rs = –0,438 при $p \leq 0,05$). Приверженность к изменению образа жизни также взаимосвязана с личностно-ситуативной антципационной состоятельностью (Rs= –0,463 при $p \leq 0,05$). Конструктивное мышление достоверно взаимосвязано с общей антиципационной состоятельностью (Rs= 0,477 при $p \leq 0,05$).

Вывод. Результаты статистической обработки данных исследования позволяют сделать вывод о том, что у пациентов, имеющих способность

к антиципации, более выражено конструктивное мышление и выше уровень комплаентности лечению, что соответствует выдвинутой гипотезе. Выявленные отрицательные связи приверженности к изменению образа жизни и общей приверженности к лечению с личностно-ситуативной антиципационной состоятельностью вызывают интерес и требуют дополнительных уточнений в исследованиях.

Литература

1. Анализ заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в России / Н.В. Зыкова, Т.Н. Ушакова, О.Н. Худякова [и др.] // Экономика и предпринимательство. 2024. № 12(173). С. 32–37.
2. Ардашев Р.Г. Иррациональность общественного сознания / Р.Г. Ардашев // Гуманитарный вектор. 2020. Т. 15. № 2. С. 76–84.
3. Захарова Е.В. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению / Е.В. Захарова // Теоретическая и экспериментальная психология. 2019. –Т. 12. № 3. С. 96–110.
4. Ковтун М.А. Оценка риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и ранних изменений периферической гемодинамики микроциркуляторного русла / М.А. Ковтун, А.В. Макеева // Тенденции развития науки и образования. 2025. № 117(6). С. 173–176.
5. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization. Geneva, 2003. 110 c.

Нейропсихологические корреляты субшкал теста Векслера в детском и подростковом возрасте

Сергиенко А.А., Хромов А.И., Строгова С.Е.
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
aumsan@gmail.com

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, тест Векслера, нейропсихологические корреляты, дети и подростки, возрастная динамика

Neuropsychological correlates of the Wechsler test subscales in childhood and adolescence

Sergienko A.A., Khromov A.I., Strogova S.E.
Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center», Moscow, Russia
aumsan@gmail.com

Keywords: neuropsychological diagnostics, Wechsler test, neuropsychological correlates, children and adolescents, age dynamics

Введение. Проблема оценки психического развития детей и подростков давно находится в фокусе внимания клинических психологов. Один из популярных инструментов решения этой задачи – тест Векслера (детский вариант) – вызывает ряд вопросов относительно возможностей его применения (необходимость пересмотра нормативов, общедоступность и пр.), что вынуждает специалистов искать новые способы комбинирования диагностических средств и интерпретации полученных результатов. Как отмечалось в наших публикациях [1], нейропсихологический метод исследования, построенный на принципах качественного синдромного анализа нарушений психической деятельности, позволяет, с одной стороны, раскрыть механизмы, лежащие в основе этих нарушений, с другой – выявить сохранные и полноценно функционирующие составляющие психической деятельности. Однако нейропсихологическая методика, в отличии от теста Векслера, не предусматривает выверенной количественной оценки и не обладает нормативными данными для диагностики в разных возрастах. Это приводит к трудностям ее использования, в частности, для количественной оценки уровня сформированности

нейропсихологических составляющих интеллектуальной деятельности. Такая оценка необходима в практике клиническо-психологической диагностики интеллектуальных возможностей детей с ОВЗ, а также для определения их образовательного маршрута.

Субтесты Векслера – это комплексная когнитивная деятельность, оценка внутренней структуры которой возможна путем соотнесения результатов нейропсихологических и психометрических методов диагностики. **Цель исследования**: выявить нейропсихологические корреляты субтестов Векслера (детский вариант).

Материал и методы. Исследование проводилось на 95 детях и подростках в возрасте от 5 до 13 полных лет (средний возраст 8,4 ± 2,2 года). Для оценки возрастной динамики выделены три возрастные подгруппы: 1) 5–6 лет – 30 дошкольников (16 мальчиков); 2) 7–9 лет – 41 младший школьник (22 мальчика) и 3) 10–13 лет – 24 подростка (14 мальчиков). Критериями включения в выборку являлось: отсутствие выставленных психиатрических диагнозов, IQ не ниже 75.

В исследовании использовался тест Векслера (детский вариант, редакция Ю.И. Филимоненко и В.И. Тимофеева), включающий 10 субтестов [3].

Нейропсихологическая методика. Исследование функциональной сформированности нейропсихологических составляющих психической деятельности проводилось с помощью комплексной нейропсихологической диагностики, в своей основе использующей методику нейропсихологической диагностики детей Л.С. Цветковой [4], а также дополнительные методы диагностики, разработанные и адаптированные авторами [1, 2].

Результаты. Корреляционный анализ (по Спирмену) проводился на общей выборке, а также внутри возрастных подгрупп для 10 субтестов и 18 нейропсихологических параметров (НП). Среди вербальных субтестов на общей выборке отмечаются «сквозные» корреляции с квази-пространственным восприятием (даже после поправки Бонферрони), фактором устойчивости произвольного контроля, симптомами стволовых дисфункций; корреляции с остальными параметрами оказались менее устойчивыми и становятся незначимыми при введении поправки Бонферрони. Оценка корреляций на общей выборке по невербальным субтестам показала, что субтесты «Недостающие детали» и «Последовательность» не имеют значимых корреляций с НП; субтесты «Кубики Коса» и «Складывание фигур» коррелируют с фактором программирования (даже после поправки Бонферрони) и еще с рядом НП, общих для этих двух субтестов; субтест «Шифровка» связан с иным набором НП, среди которого общими с «Кубиками Коса» и «Складыванием фигур» оказались фактор устойчивости произвольного контроля и зрительно-пространственное восприятие.

Корреляции внутри возрастных подгрупп оказались не очень стабильными в силу их малочисленности. Наибольшая динамика отмечается при переходе от группы 5–6 лет к группе 7–9 лет, когда наблюдается резкое увеличение количества НП, вовлеченных в выполнение субтестов (и только в этой группе сохраняются корреляции с вербальными субтестами при поправке Бонферрони). В группе 10–13 лет отмечаются лишь единичные корреляции с НП, что может быть связано как с большей степенью созревания и прошедшей функциональной перестройкой НП, так и с малочисленностью группы. Тем не менее остается ряд НП, вовлеченных в выполнение субтестов Векслера не зависимо от возраста.

Выводы.

1. Ряд нейропсихологических коррелятов специфичен для каждого из субтестов Векслера. Однако для некоторых субтестов связь между продуктивностью их выполнения и нейропсихологическими аспектами прослеживается слабо.
2. Обнаружены «универсальные» нейропсихологические корреляты, оказывающие значительное влияние сразу на несколько субтестов: квази-пространственное восприятие, устойчивость произвольного контроля, планирование деятельности, слухоречевая память, энергетический фактор и кинестетический фактор.
3. Количественный и качественный состав нейропсихологических коррелятов субтестов Векслера меняется с возрастом. При этом существует ядро относительно независимых от возраста нейропсихологических параметров: квази-пространственное восприятие и, в целом, все компоненты пространственного фактора, устойчивость произвольного контроля, планирование деятельности, сформированность межполушарного взаимодействия, а также нормальное функционирование энергетического фактора.

Литература

1. Сергиенко А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией / А.А. Сергиенко // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 141–157. 10.17759/cpse.2017060211
2. Сергиенко А.А. «Тест на оценку асимметрии произвольного зрительного внимания»: практическая актуальность, нормативы, проблема валидизации методики / А.А. Сергиенко // Психологическая диагностика. 2017. Т. 14. № 2. С. 41–54.
3. Филимоненко Ю.И. Тест Векслера. Детский вариант: измерение уровня развития интеллекта: методическое руководство / Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеев; Госстандарт России. Санкт-Петербург: Иматон, 2021. 106 с.

4. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд 4-е. исправленное и дополненное. М.: Педагогическое общество России, 2002. 96 с.

Личностные копинг-ресурсы пациентов с разным уровнем неопределенности в болезни

Сирота Н.А., Фетисов Б.А.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», Москва, Россия
sirotan@mail.ru, lortic@mail.ru

Ключевые слова: неопределенность в болезни, копинг-ресурсы, личность, психическая адаптация

Personal coping resources of patients with different levels of uncertainty in illness

Sirota N.A., Fetisov B.A.
FSBEI of HE «Russian University of Medicine», Moscow, Russia
sirotan@mail.ru, lortic@mail.ru

Keywords: uncertainty in illness, coping resources, personality, mental adaptation

Введение. При тяжелых и хронических заболеваниях неопределенность в болезни тесно связана с дистрессом и идентифицируется как фактор, который его усиливает [1]. Пациент одновременно теряет свое здоровье, меняется его привычный социальный статус; на этом фоне возникают различные финансовые проблемы, истощаются его психологические ресурсы, утрата которых непропорционально более существенна, чем их прирост [2]. Кроме того, копинг-ресурсы влияют на специфические интрапсихические или поведенческие действия, которые люди используют для преодоления стресса, то есть на стратегии совладающего поведения. Таким образом, исследование проводилось с целью анализа личностных копинг-ресурсов пациентов со злокачественными новообразованиями с разным уровнем неопределенности в болезни.

Материал и методы. В исследование были включены 298 пациентов с различными злокачественными новообразованиями (ЗНО), средний возраст 51,62±11,64 год. Из них 11,41% мужчин и 88,59% женщин, большинство 75,51% имели высшее образование, остальные – среднее. Выборка представлена всеми стадиями заболевания по системе TNM: 48 (16,11%) пациентов имели I стадию; 111 (37,24%) пациентов – II стадию, 72 (24,17%) пациента – III стадию, 67 (22,48%) пациентов – IV. Исследование проводилось на базе Клиники (центра) методов диагностики

и лечения заболеваний молочной железы ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, КБ № 2 в Боткинском проезде АО «ГК «МЕДСИ», ГБУЗ «ГКБ имени С.С. Юдина ДЗМ», МНОЦ МГУ.

В процессе исследования использовались следующие методики: 1) «Шкала неопределенности в болезни М. Мишель (MIUS-A)», форма для взрослых (1989), 2) «Методика оценки самоэффективности в отношении лечения», Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. (2016), 3) «Тест-опросник самоотношения», Столин В.В., Пантелеев С.Р. (1988),4) «Шкала тревоги А. Бека» (BAI), Beck A.T., Steer R.A. (1993).

Статистическая обработка данных проводилось в программах Excel, Jamovi 2.6.13.

Результаты. С помощью иерархического кластерного анализа методом Уорда с метрикой Евклидова расстояния были выделены две группы пациентов со ЗНО: 120 пациентов с умеренной неопределенностью в болезни (УН), средний показатель фактора общей неопределенности – 77,3 балла, и 178 пациентов с выраженной неопределенностью в болезни (ВН), средний показатель – 94,4 балла. Пациенты «УН» и «ВН» не имели значимых различий по социально-демографическим характеристикам и стадиям заболевания.

В результате сравнительного анализа с применением t-критерия Уэлча групп пациентов «УН» и «ВН» было установлено следующее: показатели самоэффективности пациентов «УН» (46,1±7,65) были выше, чем в группе «ВН» (38,1±10,2), значимость различий на уровне $p<0,001$. То есть пациенты со ЗНО из группы «УН», по сравнению с «ВН» в большей мере уверены в своих способностях справиться и преодолеть заболевание, а также в том, что они могут придерживаться рекомендаций врачей.

Кроме того, обнаружены значимые различия между группами «УН» и «ВН» по «глобальному самоотношению», функциональным шкалам: «I. Самоуважение», «II. Аутосимпатия», «III. Положительное отношение от других», «IV. Самоинтерес» и шкалам, связанным с оценкой конкретных действий в отношении собственного Я: «1. Самоуверенность», «3. Самопринятие», «6. Самоинтерес» и «7. Самопонимание» «Тест-опросника самоотношения» Столина В.В., Пантелеева С.Р., значимость различий на уровне $p<0,001$. Из этого следует, что пациенты со ЗНО из группы «УН» в большей мере удовлетворены собой, доверяют и положительно оценивают себя и результаты своей деятельности, чаще проявляют интерес к своим переживаниями и мыслям, уделяют больше внимание своим потребностям и понимают их, чувствуют близость к самим себе, одобряют свои планы и желания, по сравнению с пациентами «ВН». Также они в целом положительно оценивают и реже обвиняют себя, чувствуют уверенность в своих возможностях, чтобы

контролировать собственную жизнь, проявляют последовательность при принятии решений, уверены в том, что их личность, характер и деятельность могут вызывать уважение и ожидают положительного отношения со стороны окружения.

Даже в условиях фрустрации и психического напряжения, как отмечает Е.Р. Исаева, ресурсы личности помогают поддерживать избранную линию поведения, учитывать собственные потребности и средовые условия, соотнося немедленные и отсроченные последствия предпринимаемых действий [3]. У пациентов группы «ВН», по нашим данным, психические ресурсы более истощены, что негативным образом отражается на их эмоциональном состоянии. Среди пациентов группы «ВН» (37,5±11) уровень тревоги значимо выше по сравнению с группой «УН» (29,72±7,39), значимость различий на уровне $p<0,001$.

Выводы. По результатам сравнительного описательного исследования было установлено, что личностные копинг-ресурсы пациентов со ЗНО, которые имеют разный уровень неопределенности в болезни, различаются. Так, уровень самоэффективности и самоотношения в группе пациентов «ВН2, по сравнению с «УН», ниже. При этом пациенты «ВН» описывают более негативное эмоциональное состояние, которое проявляются в более высоком уровне тревоги, по сравнению с группой «УН».

Литература

1. Сирота Н.А., Фетисов Б.А. Феномен неопределенности при соматических заболеваниях // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2024. Т. 12, № 1 (44). С. 69–83. DOI: 10.23888/humJ202412169-83
2. Hobfoll S.E. Conservation of resources theory: its implication for stress, health, and resilience // In: Folkman S., ed. The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping. New York: Oxford University Press, 2011. P. 127–147.
3. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009.

Стратегии когнитивной регуляции эмоций у молодых людей, склонных к самоповреждающему поведению

Скиртач И.А.
Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Россия
skirtach@sfedu.ru

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, когнитивная регуляция эмоций, самоотношение, тип привязанности, молодые люди

Cognitive emotion regulation strategies in young people prone to self-harming behavior

Skirtach I. A.
Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russian Federation
skirtach@sfedu.ru

Keywords: self-harming behavior, cognitive emotion regulation, self-attitude, attachment type, young people

Введение. Самоповреждающее поведение (СПП) в молодежной среде представляет собой серьезную психологическую проблему, требующую глубокого изучения лежащих в его основе механизмов. Ведущей концепцией, объясняющей генезис и поддержание СПП, является модель эмоциональной дисрегуляции [Н.А. Польская, 2018; B.Gormley, D.E. McNiel, 2010; N. Slee et al., 2008]. Центральным звеном в этой модели выступают дезадаптивные стратегии когнитивной регуляции эмоций [N. Garnefski, V. Kraaij, P.N. Spinhoven, 2001]. Целью данного исследования явилось изучение особенностей стратегий когнитивной регуляции эмоций у молодых людей с опытом самоповреждающего поведения в их взаимосвязи с уровнем самоотношения и типами привязанности.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 345 респондентов в возрасте 18–25 лет (средний возраст – 22 года), которые были разделены на две группы: основная группа с опытом СПП (n = 221) и контрольная группа без опыта СПП (n = 124). Для диагностики использовались: адаптированная версия опросника «Deliberate Self-harm Inventory», тест-опросник самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантилеев), тест на тип привязанности (T. Gibson, адаптация Н.А. Завалковской)

и опросник когнитивной регуляции эмоций (N. Garnefski, V. Kraaij, адаптация О.Л. Писаревой, А. Гриценко). Для статистической обработки данных применялись U-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ (rs Спирмена) и дисперсионный анализ (ANOVA).

Результаты. Результаты исследования выявили статистически значимые различия между группами респондентов, склонных и не склонных к СПП, по ряду изучаемых показателей. У молодых людей с опытом СПП было обнаружено системно нарушенное самоотношение, характеризующееся низким самопринятием ($F=95{,}202$, $p<0{,}001$), высоким самообвинением ($F=31{,}960$, $p<0{,}001$) и низкой интегральной самооценкой ($F=81{,}218$, $p<0{,}001$). В сфере привязанности доминировали небезопасные типы: избегающе-отвергающий ($F=74{,}292$, $p<0{,}001$) и тревожно-избегающий ($F=60{,}028$, $p<0{,}001$), в то время как безопасный тип привязанности был значимо менее выражен ($F=87{,}408$, $p<0{,}001$).

Анализ стратегий когнитивной регуляции эмоций показал, что группа с СПП достоверно чаще прибегает к дезадаптивным стратегиям, таким как самообвинение ($U=16858{,}500$, $p<0{,}001$), обвинение других ($U=17293{,}500$, $p<0{,}001$), катастрофизация ($U=18264{,}500$, $p<0{,}001$) и руминация (сосредоточение на переживаниях) ($U=17553{,}000$, $p<0{,}001$). В то же время, чем больше выражен у респондентов показатель опыта СПП, тем ниже они демонстрировали показатели по адаптивным стратегиям – позитивному пересмотру ($r = –0{,}282$, $p<0{,}001$) и перефокусировке на планирование ($r= –0{,}106$, $p<0{,}05$).

Корреляционный анализ подтвердил наличие достоверно значимых связей между выраженностью СПП и изучаемыми переменными. Высокий уровень СПП отрицательно коррелировал с интегральным показателем самоотношения ($r = –0{,}164$, $p=0{,}015$), самоуверенностью ($r = –0{,}154$, $p = 0{,}022$), самопринятием ($r = –0{,}188$, $p = 0{,}005$) и положительно – с самообвинением ($r = 0{,}145$, $p = 0{,}031$). Положительные корреляции были выявлены между опытом СПП и избегающе-отвергающим ($r = 0{,}212$, $p < 0{,}001$), тревожным ($r = 0{,}129$, $p < 0{,}01$) и тревожно-избегающим ($r = 0{,}294$, $p < 0{,}001$) типами привязанности. С безопасным типом привязанности была выявлена отрицательная связь ($r = –0{,}255$, $p < 0{,}001$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что молодые люди с опытом самоповреждающего поведения характеризуются комплексом взаимосвязанных психологических особенностей: низким и конфликтным самоотношением, преобладанием небезопасных типов привязанности и склонностью к использованию дезадаптивных стратегий когнитивной регуляции эмоций. СПП возникает на стыке этих нарушений как компенсаторный механизм, направленный на совладание с интенсивным эмоциональным дистрессом, вызванным негативной самооценкой,

страхом отвержения и дефицитом конструктивных когнитивных стратегий. Результаты подчеркивают необходимость комплексного подхода к психологической коррекции и профилактике СПП, направленного на формирование безопасной привязанности, развитие самопринятия и обучение адаптивным стратегиям когнитивной регуляции эмоций.

Литература

1. Польская Н.А. Нарушения эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении // Психологический журнал. 2018. Т. 39. № 4. – С. 27–37.
2. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems // Personality and Individual differences. – 2001. Т. 30. № 8. С. 1311–1327.
3. Gormley B., McNiel D.E. Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients // Cognitive therapy and research. 2010. Т. 34. С. 272–281.
4. Slee N. et al. The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2008. Т. 38. № 3. С. 274–286.

Различия в структуре метакогнитивного уровня у лиц с расстройством личности и лиц с невротическими, стресс-ассоциированными расстройствами

Смерчинский С.В., Трегубенко И.А., Исаева Е.Р.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации Санкт-Петербург, Россия
seifuujin@gmail.com, ia2312@yandex.ru, isajeva@yandex.ru

Ключевые слова: расстройство личности, ментальный опыт, психокоррекция, психодиагностика

Differences in the structure of the metacognitive level in individuals with personality disorder and individuals with neurotic, stress-associated disorders

Smerchinsky S.V., Tregubenko I.A., Isaeva E.R.
The I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University (Saint Petersburg, Russia), Saint Petersburg, Russia
seifuujin@gmail.com, ia2312@yandex.ru, isajeva@yandex.ru

Keywords: personality disorder, mental experience, psychocorrection, psychodiagnostics

Введение. Диагноз расстройство личности (РЛ) относительно широко распространён, часто коморбиден с расстройствами аффективного спектра, невротическими расстройствами (НР) [2], что обуславливает сложность дифференциальной диагностики для специалистов, участвующих в психодиагностических и психокоррекционных мероприятиях. Кроме того, согласно клиническим рекомендациям, важную роль в лечении пациентов данной нозологии составляют психотерапевтические, психокоррекционные мероприятия [3]. Изучение особенностей метакогнитивного уровня у лиц с РЛ может быть полезно для более успешной постановки мишеней или построения стратегии при психокоррекционных мероприятиях.

Цель исследования: сравнительный анализ метакогнитивного уровня ментального опыта у лиц с расстройством личности и невротическими расстройствами.

Материалы и методы исследования: использованы методы экспертных оценок, экспериментально-психологический («Формулировка проблем» М.А. Холодной, «Идеальный компьютер» М.А. Холодной, статистический (непараметрический сравнительный критерий Краскела-Уоллиса). Общий объём выборки – 103 человека: пациенты со смешанным расстройством личности (F61; 43 человека), пациенты с невротическими, связанными со стрессом расстройствами (F41, F43.2; 32 человека), условно здоровые лица (25 человек).

Результаты. По методике «Формулировка проблем» были получены значимые различия в степени выраженности эгоцентризма ($p < 0,01$): пациенты с РЛ формулировали значимо большее количество субъективированных вопросов, а условно здоровые лица – значимо меньше, чем остальные группы. По методике «Идеальный компьютер» были выявлены значимые различия в степени открытости новому опыту ($p < 0,01$): наибольший показатель открытости новому опыту имели условно здоровые лица, в то время как представители с НР имели наименьший показатель, что может отражать большую озабоченность своим состоянием при дезадаптации. Данный результат может объясняться тем, что у лиц с РЛ дезадаптация носит хронический длительный характер [1], поэтому состояние дезадаптации может расцениваться ими не столь остро.

Резюме. Таким образом, лица с РЛ характеризуются большей степенью эгоцентризма по сравнению с пациентами с НР, но при этом в меньшей степени проявляют беспокойство относительно своего состояния.

Литература

1. Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия / В.Д. Вид, Ю.В. Попов. Москва: Экспертное бюро-М, 1997. 496 с.
2. Гадисов Т.Г., Ткаченко А.А. Синдромообразование при расстройствах личности: динамика или коморбидность? // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. № 1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sindromoobrazovanie-pri-rasstroystvah-lichnosti-dinamika-ili-komorbidnost (дата обращения: 05.09.2025).
3. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Специфические расстройства личности». 2024.Текст: электронный // Рубрикатор клинических рекомендаций: сайт. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/397_3 (дата обращения: 05.09.2025).

Обращение студентов технического вуза за психологической помощью

Снегирева Т.В.
Российский университет транспорта, Москва, Россия
stv217@yandex.ru
Воликова С.В.
Российский университет транспорта, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
svetlanavv2006@yandex.ru
Соколова И.В.
Российский университет транспорта, Москва, Россия
irinasokolova_psy@inbox.ru

Ключевые слова: эмоциональная дезадаптация, студенты, психологическая служба, обращение за психологической помощью

The appeal of students of a technical university for psychological help

Snegireva T.V.
Russian University of Transport, Moscow, Russian Federation
stv217@yandex.ru
Volikova S.V.
Russian University of Transport, Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russian Federation
svetlanavv2006@yandex.ru
Sokolova I.V.
Russian University of Transport, Moscow, Russian Federation
irinasokolova_psy@inbox.ru

Keywords: emotional maladjustment, students, psychological service, seeking psychological help

Введение. Период начала обучения в вузе сопровождается для студентов высоким уровнем стресса, который может проявляться в тревоге, депрессии, апатии и других негативных эмоциональных состояниях. Эти факторы способствуют ухудшению психического и соматического здоровья и могут повышать риск развития психосоматических заболеваний.

В условиях роста психологической нагрузки особое значение приобретает деятельность психологических служб ВУЗов. Целью данного исследования было оценить, насколько студенты, демонстрирующие признаки эмоциональной дезадаптации на этапе скринингового исследования в начале первого курса, впоследствии обращаются за помощью в психологическую службу университета. Особый интерес представляло выявление разрыва между потенциальной потребностью в психологической помощи и фактической обращаемостью в психологическую службу. Это позволило оценить, какая часть студентов, находящихся в состоянии выраженной дезадаптации, остаётся без необходимой поддержки.

Материалы и методы. Исследование проводилось в техническом университете с общей численностью около 12 тыс. студентов очного отделения. Скрининг осуществлялся в течение трёх лет в осеннее время (2022–2024 гг.), ежегодно охватывая порядка 50% первокурсников. Общая выборка составила 4838 человек. База заявок охватывала период с сентября 2022 г. до июня 2025 г. В качестве психодиагностических методик использовались: Шкала депрессии Бека, Шкала тревоги Бека, Шкала академической мотивации и Шкала агрессивности Басса–Перри. Обращаемость в психологическую службу оценивалась на основании участия студента в скриннинговом обследовании первокурсников и оставлении заявки на консультацию в психологической службе. Для выявления группы студентов с высоким уровнем эмоциональной дезадаптации проводился кластерный анализ методом k-means. Надёжность выделенных кластеров проверялась с помощью дисперсионного анализа (ANOVA), который показал статистически значимые различия по всем показателям.

Результаты. В результате кластеризации были выделены три группы студентов: мотивированные и адаптированные (высокие показатели внутренней мотивации, низкие показатели эмоциональной дезадаптации, низкая агрессивность) – 2395 чел. (49%), немотивированные и адаптированные (высокие показатели внешней мотивации и амотивации, низкие показатели эмоциональной дезадаптации, средняя агрессивность) – 1861 чел. (38%), немотивированные и дезадаптированные (высокие показатели внешней мотивации и амотивации, высокие показатели эмоциональной дезадаптации, высокая агрессивность) – 582 чел. (12%). Общая доля обращений от всех студентов, участвовавших в скриннинговом исследовании, составила 5% (250 человек). Общая обращаемость студентов, прошедших скрининг, в психологическую службу составила 5%. Наибольшая доля обращений зафиксирована среди студентов группы «немотивированные и дезадаптированные» – 15% (85 человек). В двух других кластерах доля обращаемости составила по 4% (94 и 71 человек соответственно). Анализ распределения обращений в разрезе психологических профилей выявляет их принципиально различный вклад в общую картину запросов

к психологической службе. Наиболее яркие различия проявляются в структуре острых и повседневных проблем. Так, обращения по поводу суицидальных мыслей и нежелания жить практически полностью формируются студентами из группы «Немотивированные дезадаптированные», которые обеспечивают 15,6% всех заявок по этой проблеме, тогда как вклад «Немотивированных адаптированных» составляет лишь 2,8%, а «Мотивированных и адаптированных» – 1,4%. Серьезное клиническое состояние – расстройства пищевого поведения – также имеет четко выраженного лидера: наибольший относительный вклад в обращения по этой тяжелой проблеме вносят «Мотивированные и адаптированные» (7,1%), что превышает показатели как «Немотивированных дезадаптированных» (5,0%), так и «Немотивированных адаптированных» (4,3%). Группа «Немотивированных дезадаптированных», в свою очередь, демонстрирует максимальное представительство в запросах о самоповреждающем поведении (7,8%), существенно опережая остальные профили. В среде же более условно-нормативных, но значимых для студентов трудностей картина меняется. В обращениях, связанных с любовными переживаниями, наиболее заметную роль играют «Мотивированные и адаптированные», формирующие 17,0% всех таких запросов, тогда как «Немотивированные дезадаптированные» (12,8%) и «Немотивированные адаптированные» (11,3%) обращаются с этой проблемой реже. Учебные проблемы, вопреки возможным ожиданиям, оказываются наиболее выражены у «Немотивированных дезадаптированных» (15,6%), что, вероятно, является не причиной, а следствием их общего эмоционального неблагополучия и кризиса мотивации. При этом проблемы с самооценкой оказываются наиболее характерны для «Немотивированных адаптированных», чей вклад (17,0%) является максимальным среди трех групп, что подчеркивает уязвимость этой группы именно в сфере самовосприятия. Таким образом, каждый психологический профиль не только характеризуется уникальным набором внутренних трудностей, но и вносит четко дифференцированный вклад в общий поток обращений, определяя специфические зоны ответственности психологической службы при работе с разными категориями студентов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что, несмотря на выраженную потребность в психологической поддержке, лишь часть студентов из группы «немотивированные и дезадаптированные» обратились за помощью в психологическую службу. Низкая обращаемость указывает на наличие барьеров, препятствующих своевременному получению психологической помощи. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на выявление факторов, ограничивающих использование студентами ресурсов психологической службы, и разработку мер по повышению доступности и привлекательности психологической поддержки в вузе.

Социально-психологические детерминанты проявления геронтологического эйджизма

Соколова И.В.
ФГАОУ ВО «Российский университет транспорта»
Москва, Россия
Irinasokolova_psy@inbox.ru

Ключевые слова: социальная стигматизация, эйджизм, геронтология, социальная эксклюзия

Socio-psychological determinants of the manifestation of gerontological ageism

Sokolova I.V.
Russian University of Transport (MIIT), Moscow, Russia
Irinasokolova_psy@inbox.ru

Keywords: social stigmatization, ageism, gerontology, social exclusion

В современном социуме наблюдается трансформация общественных ценностей, характеризующаяся усилением акцента на принципах толерантности и инклюзивности. Данная тенденция находит отражение в формировании новой парадигмы социального взаимодействия, где особое внимание уделяется принятию и интеграции различных демографических групп. Феномен геронтологического эйджизма выступает как одно из наиболее значимых препятствий на пути к формированию гармоничного межпоколенческого диалога. Категоризация населения по возрастному признаку, лежащая в основе эйджистских установок, порождает не только социальные барьеры, но и глубокие психологические травмы. Дискриминация по возрастному признаку становится катализатором конфликтных ситуаций, негативно влияя на психосоматическое состояние как отдельных индивидов, так и социальных групп в целом.

Социально-психологические последствия эйджизма проявляются в формировании деструктивных паттернов поведения, снижении качества жизни пожилых людей и нарушении механизмов социальной интеграции. В этих условиях исследование данного феномена приобретает особую актуальность для развития эффективных стратегий противодействия возрастной дискриминации. Демографические изменения

современного общества, характеризующиеся увеличением средней продолжительности жизни, актуализируют проблему качества жизни пожилого населения. Данная тенденция требует переосмысления существующих подходов к организации социальной поддержки и обслуживания старшего поколения.

Ключевым фактором, оказывающим существенное влияние на благополучие пожилых граждан, выступает система социально-культурных представлений о процессе старения.

Системные последствия распространения негативных представлений о старости проявляются в формировании барьеров социальной интеграции пожилых людей, искажении межпоколенческой коммуникации, снижении эффективности работы социальных институтов, формировании деструктивных установок в общественном сознании.

Концептуализация эйджизма как социального феномена была осуществлена американским исследователем Р.Н. Батлером в 1969 году. В его трактовке данное явление представляет собой форму дискриминации, основанную на возрастном критерии и проявляющуюся в различных формах социального взаимодействия между представителями разных возрастных групп [1]. Структура данного феномена характеризуется комплексной природой и включает когнитивный, практический и культурный компоненты. Эйджистские установки функционируют на пересечении индивидуального и социального уровней, формируя особую систему отношений.

Эмпирические исследования как зарубежного, так и отечественного опыта свидетельствуют о повсеместном распространении негативных установок в институциональных структурах, обслуживающих пожилое население. Анализ стереотипных представлений о пожилом возрасте позволяет выделить доминирующие негативные паттерны восприятия, включающие: когнитивные нарушения (ассоциации с деменцией и проблемами памяти), психическое здоровье (предположения о наличии ментальных расстройств), физическое состояние (автоматическое связывание пожилого возраста с болезнью), эмоциональное благополучие (презумпция депрессивных состояний) [2].

Геронтологический эйджизм подразделяется на виды.

Открытый эйджизм характеризуется дискриминацией представителей старшего поколения, проявляющейся в прямых ограничениях деятельности пожилых людей на законодательном уровне.

Латентный эйджизм, в рамках которого пожилой человек рассматривается в качестве некоего «придатка» социальной системы. Представитель преклонного возраста в данном контексте ассоциируется с недееспособностью и немощностью [3]. Различного рода проявления

латентного эйджизма можно наблюдать в социокультурных нормативных актах, предписывающих ряд ограничений и самоограничений.

Проявления бытового эйджизма наблюдаются при повседневных общественных коммуникациях. Так, нередко в адрес пожилых людей можно услышать уничижительные высказывания, наблюдается проявление психологического и физического насилия.

Институциональный эйджизм обусловлен правовыми нормами и актами, ограничивающими деятельность представителей старшего поколения. Данный вид эйджизма особенно тесно связан с деятельностью в рамках оказания медицинских и специфических социальных услуг [4].

Понятие самоэйджизм связано с эксклюзией пожилого человека из общественной жизни, самоуничижением, а также формированием чувства вины и стыда [5].

Анализ факторов формирования эйджизма позволяет выделить комплексную систему причин, включающую психологические, социальные и институциональные компоненты: геронтофобия как иррациональный страх перед старением, негативная стереотипизация пожилого возраста в общественном сознании, низкий социальный статус старшего поколения, дефицит культурной компетентности общества в вопросах старения, отсутствие системных федеральных программ социальной поддержки пожилых граждан, а также недостаточная профессиональная подготовка специалистов, работающих с пожилыми людьми, что в совокупности создаёт благоприятную почву для развития эйджистских установок в современном обществе.

Вышеуказанные причины неизбежно приводят к практикам дистанцирования пожилого человека от общественной и семейной жизни, а также к жестокому обращению в отношении лиц пожилого возраста.

Литература

1. Warner H.R., Butler R.N., Sprott R.L. and Schneider E.L. (eds). Modern Biological Thejries of Aging. New York: Raven Press, 1987. 215p.
2. Горфан Я.Ю. Предубеждение в отношении пожилых людей как фактор их виктимизации // Психологическая наука и образование. 2019. № 2. С. 20–30.
3. Городова Т.В., Колпина Л.В. Геронтологический эйджизм: причины возникновения и проблемы преодоления // Фундаментальные исследования. 2018. № 2 (17). С. 3871–3874.
4. Паршева Е.А. Дискриминация по возрасту: геронтологический эйджизм // Новая наука: теоретический и практический взгляд: сборник материалов международной научно-практической конференции / под ред. А.А. Коротких – Владивосток: Центр научного развития «Большая книга», 2017. С. 79–88.

5. Kessler E.M., Bowen K. COVID ageism as a public mental health concern. The Lancet Healthy Longevity. 2020. URL: https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30002-7

Вопросы совершенствования качества подготовки клинических психологов

Соловьева А.А., Анохина П.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия
aandreevnaan@gmail.com, panohina4@gmail.com

Ключевые слова: психологи, медицинская психология, интеграция подходов

Issues of improving the quality of training of clinical psychologists

Solovyova A.A., Anokhina P.V.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russia
aandreevnaan@gmail.com, panohina4@gmail.com

Keywords: psychologists, medical psychology, integration of approaches

За последние двадцать пять лет научно-практические цели и сферы деятельности клинических психологов претерпели значительные изменения, однако основные требования к их профессиональной подготовке остаются неизменными. В частности, требуется обеспечить теоретическую подготовку специалистов в мультидисциплинарном контексте, что подразумевает интеграцию знаний из различных научных и практических областей. Практическая подготовка также играет ключевую роль и включает обязательное прохождение специализированного обучения и сбор эмпирического материала для выполнения выпускной квалификационной работы на клинических или образовательных базах практики.

Такой подход позволяет будущим специалистам не только освоить базовые теоретические концепции, но и приобрести необходимые практические навыки, что является важным аспектом их профессионального становления. Таким образом, мультидисциплинарная модель подготовки клинических психологов способствует формированию

высококвалифицированных специалистов, способных эффективно решать современные задачи в области медицинской психологии [3].

Междисциплинарный подход как парадигма современной подготовки клинических психологов. Актуальной тенденцией в области подготовки клинических психологов является интеграция клинической психологии с медицинскими и социальными дисциплинами. Данная интеграция не только отражает сложность психических расстройств, но и является фундаментальной необходимостью для обеспечения комплексного и эффективного подхода к их диагностике, лечению и профилактике. Реализация междисциплинарного подхода требует кардинальных структурных изменений в образовательной парадигме, направленных на преодоление дисциплинарной разобщённости и создание целостной научной и практической базы для профессиональной деятельности клинических психологов [1].

Содержательное ядро подготовки клинических психологов должно быть структурировано вокруг взаимосвязанных блоков, каждый из которых представляет собой неотъемлемую часть междисциплинарного синтеза.

Анализ учебных программ показывает, что значительная часть академических часов посвящена теоретическим концепциям. Практики же, уделяется меньше времени. Это создаёт разрыв между образовательным процессом и реальными требованиями к клиническим компетенциям, снижая эффективность подготовки специалистов.

Данную проблему можно решить при помощи интеграции современных психотерапевтических подходов. Необходимо включить обязательные модули по когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), диалектико-поведенческой терапии (DBT), десенсибилизации и переработке движениями глаз (EMDR), а также сенсомоторной терапии и другие методы. Студенты будут разбирать клинические случаи, что поможет им связать теорию с практикой.

Уровень безработицы среди молодежи 20–29 лет вдвое выше, чем среди взрослых, что указывает на трудности трудоустройства выпускников вузов [2]. В 2016 г. ВЦИОМ провел опрос, в котором 91% работодателей отметили недостаток практических навыков у выпускников, с чем согласны 56% самих выпускников. Исследования подтверждают эти данные.

Ключевая проблема современной подготовки клинических психологов заключается в запоздалой практической подготовке, когда реальное взаимодействие с пациентами начинается только на 4–5 курсах.

Для решения проблемы предлагается внедрить ступенчатую модель раннего практического погружения, совмещенного с теорией.

На начальном этапе (1–2 курсы) студенты в небольших группах наблюдают за практикующими психологами в диспансерах и других

учреждениях, ведя структурированный дневник наблюдений. Фиксируются вербальные и невербальные маркеры, формулируются гипотезы. Контроль осуществляется через ежемесячные кейсы на распознавание симптомов.

На следующем этапе (3-й курс) студенты отрабатывают прикладные протоколы под двойным контролем (супервайзер + видеомониторинг). Каждый сеанс завершается разбором ошибок.

На заключительном этапе (4–5 курсы) студенты самостоятельно ведут пациентов под контролем персонала.

Литература

1. Соколова Е.Т., Блохина С.И., Баранская Л.Т. Перспективные направления интеграции медицины и психологии / Интеграция медицины и психологии в XXI веке. Екатеринбург, 2007. С. 8–18.
2. Смотрин А.Р. Низкий уровень развития практических навыков выпускников вузов: риск и проблема // Образовательный процесс. 2019. № 1 (12).
3. Зверева Н.В. Современные вопросы подготовки медицинских психологов в университете // Российский педиатрический журнал. 2024. № 2.

Актуальные проблемы психологической диагностики в клинике внутренних болезней

Соловьева С.Л.
ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И. Мечникова Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия
S-Solovieva@ya.ru

Ключевые слова: психологические реакции, патопсихологические реакции, психологическая помощь, норма реакции, соматически больной

Actual problems of psychological diagnostics in the clinic of internal diseases

Solovyeva S.L.
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia
S-Solovieva@ya.ru

Keywords: psychological reactions, pathopsychological reactions, psychological help, reaction rate, somatically ill

Верификация психического статуса пациентов клиники внутренних болезней требует проведения экспериментально-психологического и клинико-психологического исследования. Полученные при этом данные, как правило, содержат сходные феномены независимо от нозологической принадлежности больного: в отношении любого пациента выявляются более или менее выраженный эгоцентризм, ипохондрические фиксации, повышенная тревога, черты депрессивной безнадежности, враждебности, астения, аффективная загруженность, на фоне которой отмечаются снижение памяти и внимания, работоспособности и продуктивности, а также неконструктивные копинги и неэффективная психологическая защита.

Выявленные феномены отражают прежде всего общую, неспецифическую ситуацию заболевания [3], для совладания с которой психика продуцирует как собственно психологические, адаптивные реакции, так и патопсихологические и психопатологические феномены. Русский психиатр К.А. Скворцов описывает психический статус соматически больного как: «поворот интересов, мыслей и чувств от внешнего мира

к собственному телу, избирательный контакт с окружающими, поиск помощи, фиксация внимания на болезни, эгоцентризм, сдвиг мышления в сторону эмоционального и аутистического, застой и наплывы мыслей, интерпретации, оскудение интересов и инициативы, склонность к автоматизмам, внушаемости и негативистическим тенденциям, … ощущения угрозы, изменение течения времени, развертывание воспоминаний» [4]. Описание содержит как адаптивные психологические реакции (например, эгоцентризм как сосредоточенность на себе или поиск помощи с целью преодоления страдания), так и психопатологические феномены. На практике психологический и психопатологический уровни реагирования не разводятся. В этой связи при оценке психического статуса соматически больного может допускаться гипердиагностика, которая влечет за собой чрезмерное использование психотропных препаратов без учета собственных психологических ресурсов пациента.

При оценке психологического статуса соматически больного психолог должен уметь дифференцировать: преморбидные особенности личности и характерные для нее психические состояния; реакцию на заболевание, психологические эквиваленты основного соматического заболевания и коморбидной патологии; психологические составляющие базовой терапии и возможного самолечения [5]. Однако на практике такая дифференциация крайне затруднительна, что влечет за собой ошибки в психодиагностике и мешает в ряде случаев подобрать адекватное психологическое воздействие при оказании помощи пациенту.

Ошибки в психодиагностике могут быть связаны с недоучетом воздействия на пациента актуальной социальной ситуации, которая провоцирует формирование соответствующих психологических феноменов. Как пишет в этой связи Нэнси Мак-Вильямс, «Некоторые ситуации высвечивают в ком-то те личностные аспекты, которые могут оказаться латентными при других обстоятельствах: потери проявляют депрессивные стороны; угроза безопасности проявляет паранойяльность; сражение за контроль способствует обсессивной жвачке; сексуальная эксплуатация провоцирует истерию» [2]. При постановке диагноза, отмечает автор, важно различать влияние ситуационных и характерологических факторов.

Полученные в экспериментально-психологическом исследовании данные психолог интерпретирует, как правило, с точки зрения их соответствия среднестатистической норме: при наличии такого соответствия любой феномен оценивается как нормальный, при его отсутствии – как патологический. В соответствии с этим формулируется задача психологической коррекции по приведению «патологического феномена» к нормативным, среднестатистическим значениям. Между тем статистический подход отсекает черты личности и формы поведения, за которыми

может скрываться яркая индивидуальность, квалифицируя ее в терминах психического расстройства. К патологическим будут отнесены все случаи необычного, нестандартного, редко встречающегося поведения. Таким образом, применение статистической нормы на практике нивелирует индивидуальность, а также выполняет функцию социального контроля. Следствием такого подхода станет стремление психолога сформировать среднестатистическую личность, лишенную индивидуальности.

В рамках феноменологического подхода между тем формулируется требование ориентироваться в процессе интерпретации данных на индивидуальную норму пациента [1].

Заключение. Для оказания эффективной психологической помощи представляется необходимым в процессе психодиагностики различать адаптивные психологические реакции на саму ситуацию заболевания, свойственную практически всем соматически больным с патопсихологическими и психопатологическими реакциями, которые могут требовать медикаментозного лечения. Оценку психологических реакций больного следует проводить с точки зрения их соответствия не среднестатистической, а индивидуальной нормы пациента.

Литература

1. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У.Бауманна. СПб.: Питер, 2002. 1312с.
2. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.
3. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 2. (дата обращения: 10.07.2024).
4. Скворцов К.А. Психика соматического больного // Соматопсихические расстройства: сборник трудов института психиатрии АМН / Под редакцией В.А. Гиляровского. Москва: Издательство АМН СССР. 1946. С. 11–15.
5. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – специалитет по специальности 37.05.01. Клиническая психология от 26 мая 2020 года № 683.

Особенности восприятия у дошкольников с общим недоразвитием речи

Сорокина С.А., Сычева Т.Ю.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск, Россия
sofyasorokina.2004@yandex.ru

Ключевые слова: восприятие, дошкольники, общее недоразвитие речи, ОНР

Features of perception in preschoolers with developmental language disorder

Sorokina S.A., Sycheva T.Yu.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
sofyasorokina.2004@yandex.ru

Keywords: perception, preschoolers, developmental language disorder, DLD

Введение. При общем недоразвитии речи (ОНР) нарушается формирование всех сторон речи, что негативно влияет не только на коммуникацию и адаптацию ребенка, но и на развитие других высших психических функций. Следовательно, у дошкольников с ОНР может наблюдаться нарушение произвольного внимания, слуховой памяти, речевого мышления, пространственного восприятия и т. д. [С.А. Перышкова, 2021]. Восприятие – одна из психических функций, являющаяся основой для овладения речью. Здесь наблюдается проблема: какие виды восприятия у дошкольника с ОНР более сохранны, а на какие следует в первую очередь обратить внимание при коррекции?

Согласно одной из гипотез, основная причина ОНР может заключаться в недостаточной обработке слуховой информации, что приводит к нарушению дифференциации фонем и слов. Это приводит к проблемам, начиная с обучения повторению отдельных слов и заканчивая пониманием сложных грамматических конструкций, и во многом объясняет трудности овладения языком, особенно его просодическим компонентом [A. Nora et al., 2024].

Предполагается, что одна из причин, приводящих к появлению ОНР – это когнитивный фактор (снижение общей скорости обработки информации, снижение кратковременной памяти, затруднения в усвоении

привычек, навыков и процедур) [M. Laasonen et al., 2018]. Эта гипотеза способна объяснить причину того, что дефект при ОНР не ограничивается речью, а затрагивает все высшие психические функции.

Цель исследования: выявить особенности слухового, зрительного, пространственного и кинестетического восприятия у дошкольников с ОНР.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 дошкольников от 4 до 7 лет (средний возраст выборки 5,83±0,91 лет). Исследуемые были поделены на две группы: в основной группе – 15 человек, имеющих логопедический диагноз «общее недоразвитие речи» (дневной стационар ГБУЗ НСО «ГДКБСМП»); в сравнительной группе – 15 человек с условно нормативным речевым развитием (ЧДОУ «РЖД детский сад № 40»).

В качестве методов исследования использовались нейропсихологические пробы, взятые из варианта батареи тестов А.Р. Лурия, адаптированного для детей и апробированного сотрудниками лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова (Ахутина Т.В. и др., 1996; 2008; Ахутина Т.В., 1999). Для изучения восприятия использовались следующие пробы: «Оценка ритмических структур» (слуховое восприятие), «Опознание наложенных изображений» (зрительное восприятие), «Понимание логико-грамматических конструкций» (пространственное восприятие), «Праксис позы пальцев» (кинестетическое восприятие). Для количественной оценки результатов использовалась шкала Ж.М. Глозман [Ж.М. Глозман и др., 2022].

Сравнение групп по отдельным показателям проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни (в программе IBM SPSS Statistics 27), а также критерия φ-Фишера для выявления различий при качественной оценке результатов.

Результаты. Слуховое восприятие у дошкольников с ОНР и с условно нормативным речевым развитием имеет различия с высокой степенью значимости ($p = 0,004$). У детей с ОНР слуховое восприятие развито хуже, так как у 33% исследуемых отмечается наличие грубых ошибок при выполнении, причем у 47% детей особое затруднение вызвали ритмические структуры, предъявляемые в быстром темпе (в сравнительной группе некорригируемых ошибок не было). Принимая во внимание одну из гипотез, озвученных выше [A. Nora et al., 2024], имеет место предположение о том, что нарушения слухового восприятия являются характерной особенностью детей с ОНР и поэтому только в этом виде восприятия были обнаружены значимые различия между группами.

Зрительное восприятие не имеет различий по количественным показателям ($p = 0,793$), однако обнаружены различия при качественном анализе ошибок: дошкольники с ОНР чаще (40% исследуемых в группе)

допускают ошибки, связанные с фрагментарностью восприятия ($p = 0,045$), а дети с условно нормативным речевым развитием – перцептивно-вербальные ошибки (33% исследуемых в группе) ($p < 0,01$). Согласно исследованию Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой [Т.В. Ахутина и Н.М. Пылаева, 2001], перцептивно-вербальные и перцептивно-близкие ошибки наиболее характерны для дошкольников с проблемами переработки зрительной информации по левополушарному типу, а ошибки по типу фрагментарности чаще встречаются у детей с дефицитом процессов правополушарной обработки информации (а также у детей с функциональной слабостью обоих полушарий). Исходя из этого, можно предположить, что для выборки дошкольников с ОНР более характерна незрелость структур правого полушария (ведущего в этом возрасте), а для дошкольников без ОНР – недоразвитие левого полушария, что можно объяснить возрастными особенностями созревания этого полушария.

В пространственном восприятии (в понимании логико-грамматических конструкций, связанных с пространственными категориями) различий не выявлено ($p = 0,370$), грубых ошибок не было ни в одной группе, что может говорить о «наученности» детей с ОНР, проходящих реабилитацию и работающих с логопедами, пониманию грамматической стороны речи.

Кинестетическое восприятие не имеет значимых различий ($p = 0,093$), потому что практически у всех исследуемых (93% в основной группе и 100% в сравнительной группе) наблюдались ошибки при выполнении пробы: поиск поз, перебор пальцев, помощь другой рукой и синкенезии в незадействованной руке, а также детям требовалась внешняя организация внимания для исправления неверно выставленной позы. Это позволяет предположить наличие у дошкольников без диагноза «общее недоразвитие речи» невыявленных нарушений, связанных с теменными областями коры или стволовыми структурами мозга, которые могут проявиться в будущем, в ситуации школьного обучения и привести к трудностям освоения программы. В связи с чем важно обратить внимание на необходимость углубленной нейропсихологической диагностики детей перед поступлением в школу – для своевременной коррекции нарушений и подбора специализированного подхода в обучении.

Выводы. Группа дошкольников с ОНР отличается от группы дошкольников с условно нормативным речевым развитием более низким развитием слухового восприятия и более частыми ошибками, связанными с фрагментарностью зрительного восприятия. В пространственном восприятии различий выявлено не было. В кинестетическом восприятии ошибки были у обеих групп, поэтому вероятно наличие у сравнительной группы невыявленных нарушений.

Литература

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Индивидуально-типологические различия в развитии зрительно-вербальных функций у дошкольников // Школьный психолог. 2001. № 43 (185). С. 1–7.
2. Глозман Ж.М., Соболева А.Е., Титова Ю.О. Нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста (Часть 1). Мск.: Айрис-пресс, 2022. С. 27–44.
3. Перышкова С.А. Применение нейропсихологического подхода в коррекции общего недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста // Гаудеамус. 2021. Т. 20. № 3 (49). С. 9–13.
4. Laasonen M., Smolander S., Lahti-Nuuttila P., Leminen M., Lajunen H.R., Heinonen K., Pesonen A.K., Bailey T.M., Pothos E.M., Kujala T., Leppänen P.H.T., Bartlett C.W., Geneid A., Lauronen L., Service E., Kunnari S., Arkkila E. Understanding developmental language disorder – the Helsinki longitudinal SLI study (HelSLI): a study protocol // BMC Psychology. 2018. № 6. C. 1–13.
5. Nora A., Rinkinen O., Renvall H., Service E., Arkkila E., Smolander S., Laasonen M., Salmelin R. Impaired cortical tracking of speech in children with developmental language disorder // Journal of Neuroscience. 2024. № 44 (22). C. 1–10.

Исследование профессионального выгорания государственных служащих

Сорокоумова Е.А., Ферапонтова М.В.
ФГБОУ ВО МПГУ, Москва, Россия
cea51@mail.ru, ferapontovam@yandex.ru

Ключевые слова: профессиональное выгорание, редукция профессиональных достижений, деперсонализация, психоэмоциональное истощение, государственные служащие

A study of professional burnout of government employees

Sorokoumova E.A., Ferapontova M.V.
Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russia
cea51@mail.ru, ferapontovam@yandex.ru

Keywords: professional burnout, reduction of professional achievements, depersonalization, psychoemotional exhaustion, civil servants

Введение. В современном обществе большое внимание обращают на психическое здоровье сотрудников организации. Востребован такой человек, который способен регулировать свое эмоциональное состояние, противостоять воздействию стрессоров и эффективно выполнять работу в стрессовых ситуациях. Изучение эмоционального выгорания становится одним из ведущих направлений в психологической науке, в том числе в прикладном ее аспекте.

Впервые упоминание о феномене выгорания появилось в трудах Г.Дж. Фрейденбергера. Он дал определение понятию «эмоциональное выгорание» как «постепенная утрата человеком эмоциональной, когнитивной и физической энергии, которая влечет симптомы эмоционального и умственного истощения, часто физического утомления, личной отстраненности и отсутствия удовлетворения выполненной работой» [5].

Уже в момент образования термина имелось множество сведений о том, что среди сотрудников, чья профессиональная деятельность основывалась на социальном контакте с другими людьми, чаще встречались те, кто имели психосоматические расстройства самого разнообразного характера. Предполагалось, что выгорание являлось итогом частой

кратковременной эмоциональной наполненности, а потому несколько позже приобрело статус расстройства профессий спектра регулярного социального взаимодействия [1]. Однако на сегодняшний день достоверно известно, что синдрому выгорания подвержены сотрудники всех профессий, обладая при этом собственными характерными особенностями. [2].

Деятельность сотрудников государственной службы характеризуется высокой напряженностью и возникновением многочисленных стрессовых ситуаций, в которых приходится интенсивно взаимодействовать, что в результате находит свое отражение в профессиональной деформации и эмоциональном выгорании личности как субъекта труда. Изучение психологических факторов, препятствующих возникновению личностных деформаций и выгорания, представляется актуальным вопросом для современной науки.

В качестве гипотезы исследования было выдвинуто предположение, что существует взаимосвязь эмоционального интеллекта и профессионального выгорания у сотрудников госслужбы: чем выше уровень понимания собственных и чужих эмоций, тем ниже уровень профессионального выгорания у государственных служащих.

Материал и методы. Для подтверждения гипотезы были использованы следующие методики: «Тест эмоционального интеллекта» (автор Д.В. Люсин), «Опросник профессионального выгорания» (автор К. Маслач, адаптация Н.Е. Водопьяновой), тест эмоционального интеллекта (автор Н. Холл).

В исследовании принимали участие 32 человека: 24 женщины и 8 мужчин. Возраст испытуемых составлял от 35 до 50 лет. Исследование проводилось среди сотрудников замещающих должности государственной гражданской службы в судебной системе РФ. Средний стаж работы составил 15–25 лет.

Результаты исследования. Было установлено, что существует обратная корреляция между шкалами «психоэмоциональное истощение» и «понимание своих эмоций» ($r = –0,354$, $p < 0,05$), а также шкалой «внутриличностный эмоциональный интеллект» ($r = –0,354$, $p < 0,05$). Выявлена значимая отрицательная корреляция между шкалами «деперсонализация» и «управление своими эмоциями» ($r = –0,352$, $p < 0,05$), «понимание своих эмоций» ($r = –0,363$, $p < 0,05$): чем выше уровень управления своими эмоциями и понимания своих эмоций, тем меньше чувство эмоциональной отстраненности.

Обнаружена положительная корреляция между шкалами «редукция личных достижений» с показателями «управление чужими эмоциями» ($r = –0,363$, $p < 0,05$), «управление своими эмоциями» ($r = –0,456$, $p < 0,01$), «межличностный ЭИ» ($r = –0,354$, $p < 0,05$), «внутриличностный ЭИ» ($r = –0,420$, $p < 0,05$), «понимание эмоций» ($r = –0,402$, $p < 0,05$),

«эмоциональная осведомленность» ($r = –0,361$, $p < 0,05$), «самомотивация» ($r = –0,509$, $p < 0,01$), «интегральный показатель ЭИ» ($r = –0,385$, $p < 0,05$), «общий уровень ЭИ» ($r = –0,460$, $p < 0,01$). Обнаруженная взаимосвязь может означать, что при развитии эмоционального интеллекта повышается и уровень редукции личных достижений, проявляющийся в обесценивании себя как профессионала.

Выводы. Чем выше способность к пониманию собственных эмоций и управлению ими, тем ниже вероятность нарастания психоэмоционального напряжения как фазы выгорания, следовательно, и ниже вероятность развития профессионального выгорания.

1. Такой параметр эмоционального интеллекта, как управление своими эмоциями и понимание своих эмоций, способствует снижению уровня эмоционального истощения и деперсонализации. При этом низкий уровень эмоционального интеллекта может быть причиной развития таких проявлений профессионального выгорания госслужащих как чувство опустошения, потеря интереса к людям, отсутствие эмпатии и цинизм по отношению к другим людям.
2. Предполагаем, что наличие обратной взаимосвязи редукции профессиональных достижений и эмоционального интеллекта может быть вызвано влиянием еще одной переменной. Полученные результаты требуют дальнейших исследований и включения дополнительных переменных, изучаемых в рамках тематики ранее [3, 4].
3. Необходима разработка коррекционного комплекса, направленного на развитие эмоционального интеллекта и превенцию эмоционального выгорания госслужащих.

Литература

1. Никифоров Г.С. Практикум по психологии профессиональной деятельности и менеджменту / Г.С. Никифоров. СПб, 2001. 448 с.
2. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности: монография / В.Е. Орел. Ярославль: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 259–261.
3. Исследование изменений мотивационно-смысловой сферы у программистов в условиях профессионального выгорания / Е.А. Сорокоумова, Е.И. Чердымова, М.В. Ферапонтова, Д.С. Фадеев // Познание и переживание. 2024. Т. 5. № 3. С. 45–56.
4. Сорокоумова, Е.А. Взаимосвязь синдрома эмоционального выгорания с локусом контроля и эмпатией у практических психологов /Е.А. Сорокоумова, М.Г. Курносова, М.В. Ферапонтова // Психология XXI века: вызовы, поиски, векторы развития: Сборник материалов V Всероссийского симпозиума. Рязань: Академия права и управления ФСИН, 2024. С. 179–186.
5. Фрейденберг, Г. Выгорание: цена высоких достижений/ Г. Фрейденберг. М.: ЭКСМО, 2020. 156 с.

Контролирующее поведение в цифровом пространстве как механизм совладания с романтическим расставанием

Степанов А.К., Великодворская Е.В.
СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
stepanov.arsenii@gmail.com, v.elizaveta.v@gmail.com

Ключевые слова: контакт и отслеживание после расставания, тип привязанности, дезадаптивные схемы

Controlling behavior in the digital space as a mechanism for coping with romantic breakup

Stepanov A.K., Velikodvorskaya E.V.
SPbU, Saint-Petersburg, Russia
stepanov.arsenii@gmail.com, v.elizaveta.v@gmail.com

Keywords: Post-Relationship Contact and Tracking, PRCT, attachment style, maladaptive schemas

Введение. Расставание с романтическим партнером сопровождается интенсивным стрессом, что активизирует различные копинг-стратегии, направленные на преодоление негативных эмоций. В этом контексте интернет-среда часто становится фасилитатором контролирующего поведения как одного из способов справиться с разрывом романтических отношений. Социальные сети предоставляют нам возможность владеть гораздо большим количеством информации об окружающих нас людях, что в контексте разрыва романтических отношений может иметь заметный эффект для обеих сторон расставания. Мы предполагаем, что выбор стратегии совладания может быть связан с типом привязанности.

В данной работе мы рассматривали привязанность с точки зрения континуального подхода Фрейли [2]. Также мы рассматривали дезадаптивные схемы Янга [3], как один из способов описания ненадежной привязанности.

Изучение совладания с расставанием, опосредованного социальными сетями, в данное время проходит в парадигме PRCT (post-relationship contact and tracking / контакт и отслеживание после расставания) [1]. В данном исследовании мы рассматривали следующие формы поведения.

1. Мониторинг социальных сетей бывшего романтического партнера – поиск социальных сетей прошлого партнера чтобы посмотреть

его/её публикации, фотографии, список друзей и подписчиков, статус отношений и прочую информацию.
2. Интеракция с бывшим партнером в социальных сетях – взаимодействие с публикациями партнера, общение с партнером в личных сообщениях, публикация информации, связанная с партнером.
3. Блокировка – ограничение доступа к социальных сетям прошлому романтическому партнеру.
4. Удаление информации о партнере из своих социальных сетей –удаление публикаций, фотографий и/или переписок с прошлым романтическим партнером.
5. «Цифровой детокс» – прекращение использования социальных сетей в течение определенного промежутка времени.

Материал и методы. Исследование проводилось с помощью сервиса Google Forms. Выборка составила 108 человек (72 женщины и 36 мужчин) в возрасте от 19 до 30 лет (M = 21,5, SD = 2,19). Применялись: методика «Опыт близких отношений ECR-R» («Experiences in Close Relationships Revised»), авторская анкета PRCT-поведения и авторская анкета, основанная на схемном опроснике Янга YSQ-S3R («Young Schema Questionnaire»).

Результаты. Для генеральной выборки были обнаружена корреляция между мониторингом и тревожностью (rho = 0,303), а также между детоксом и избеганием (r pb = 0,198) и выраженностью дезадаптивных схем (r pb = 0,196).

Для женской выборки были обнаружена корреляция между мониторингом и тревожностью (rho = 0,268), между интеракцией и тревожностью (rho = 0,246) а также между детоксом и избеганием (r pb = 0,283).

Для мужской выборки были обнаружена корреляция между мониторингом и тревожностью (rho = 0,346).

Для копинговых стратегий «Мониторинг» и «Интеракция» также оценивалась субъективная польза стратегии для респондента. Был проведен контент-анализ ответов респондентов. Большинство сообщили о негативном опыте (53,9% для мониторинга, 44% для интеракции). Значимая часть респондентов также отзывалась о субъективно положительном опыте использования данных стратегий (32,6% для мониторинга, 34% для интеракции).

Выводы. Интенсивность и особенности контролирующего поведения в онлайн-пространстве взаимосвязаны с характеристиками ненадежной привязанности. Были выявлены значимые корреляции между характеристиками ненадежной привязанности и стратегиями мониторинга, интеракции и детокса для общей выборки либо для частных групп. Для стратегий удаления и блокировки значимые корреляции не были выявлены.

Анализ оценок показал, что субъективное восприятие стратегий мониторинга и интеракции неоднозначное – по ответам респондентов невозможно однозначно определить стратегии как субъективно положительные или отрицательные.

Литература

1. Lee B., O'Sullivan L. The ex-factor: Characteristics of online and offline post-relationship contact and tracking among Canadian emerging adults / B. Lee, L. O'Sullivan // The Canadian Journal of Human Sexuality. 2014. № 23. С. 96–105.
2. Fraley R.C., Spieker S.J. Are infant attachment patterns continuously or categorically distributed? A taxometric analysis of strange situation behavior // Developmental Psychology. 2003. № 39 (3). С. 387–404.
3. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema therapy: A practitioner's guide / J.E. Young, J.S. Klosko, M.E. Weishaar. New York: Guilford Press, 2003. С. 436.

Психологические факторы успешности краткосрочного стационарного лечения пациентов с коксартрозом: мотивационный и личностный аспекты

Суворова Э.А.
Санкт-Петербургский государственный университет, Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербург, Россия
elina.aserova@yandex.ru
Шаболтас А.В.
Санкт-Петербургский государственный университет, Федеральный консультитивно-методический центр по психотерапии, Национальный медицинский научно-исследовательский центр по психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия
alla.shaboltas@gmail.com

Ключевые слова: краткосрочное стационарное лечение, коксартроз, психологические факторы, внутренняя мотивация, совместная деятельность

Psychological success factors of short-term inpatient treatment of patients with coxarthrosis: motivational and personal aspects

Suvorova E.A.
St. Petersburg State University, The Pirogov Clinic of High Medical Technologies, St. Petersburg, Russia, elina.aserova@yandex.ru
Shaboltas A.V.
St. Petersburg State University, Federal Advisory and Methodological Center for Psychotherapy of the V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia
alla.shaboltas@gmail.com

Keywords: short-term inpatient treatment, coxarthrosis, psychological factors, internal motivation, joint activity

Введение. В условиях современного здравоохранения, ориентированного на ресурсосбережение, особую значимость приобретает модель

краткосрочного стационарного лечения. Ее ключевая задача – не только быстрое купирование заболевания, но и формирование у пациента устойчивых навыков самоконтроля и активной реабилитации после выписки. Коксартроз, как хроническое прогрессирующее заболевание, является мощным стрессогенным фактором, приводящим не только к физической, но и к психологической дезадаптации. Последняя проявляется в росте тревожности, депрессивных симптомах и, что наиболее важно с точки зрения деятельностного подхода, в снижении мотивации к лечению и падении субъективного контроля над ситуацией [1]. В этом контексте успешность лечения, понимаемая нами как достижение целевых медицинских показателей и одновременное формирование у пациента прочной установки на продолжение реабилитации в амбулаторных условиях, в значительной степени детерминирована психологическими факторами [2].

Цель исследования: выявить и проанализировать ключевые психологические факторы, влияющие на успешность краткосрочного стационарного лечения пациентов с коксартрозом, через призму структуры совместной деятельности пациента и медицинского персонала. Предполагается, что успешность лечения определяется не столько нозологической формой (стадией коксартроза), сколько комплексом психологических факторов, включающих мотивационный, когнитивный, эмоционально-коммуникативный и организационный компоненты.

Методы и выборка. Для проверки гипотезы было проведено эмпирическое исследование, включавшее 1) опрос пациентов (n = 20 чел.) с использованием авторской анкеты, оценивающей удовлетворенность лечением, а также понимание его этапов и плана дальнейших действий; 2) опрос сотрудников (врачей и медицинских администраторов, n = 10 чел.) с использованием структурированного интервью об основных трудностях и факторах эффективности краткосрочного лечения, его этапах и плана дальнейших действий.

Результаты. По единодушному мнению обеих групп, процесс делится на три ключевых этапа, каждый из которых характеризуется специфическими психологическими рисками и задачами. Этап № 1 (диагностико-мотивационный, 1 день): оценка состояния, формирование доверия и совместной с пациентом постановки целей госпитализации. На этом этапе крайне важна точная диагностика болевого синдрома, включающая дифференциацию органической боли от психогенных парестезий и сенестопатий, которые могут имитировать или усиливать соматическую симптоматику и резко снижать комплаенс. Данные опроса: 70% пациентов, отметивших высокую удовлетворенность, указали, что врач подробно объяснил им цели пребывания в стационаре, что сформировало когнитивную основу для совместной деятельности.

Этап № 2 (обучающе-активный, 2–3 день): активная физическая реабилитация, обучение хождения на костылях; обучение технике выполнения упражнений, правилам двигательного режима; формирование у пациента умений и навыков для самостоятельного применения. Здесь на первый план выходит проблема астенического синдрома, характерного для пациентов с хронической болью и длительным стрессом. Он проявляется в чувстве слабости, разбитости, эмоциональной неустойчивости и раздражительности, что напрямую препятствует активному участию в ЛФК [4]. Данные опроса сотрудников: 85% сотрудников главной трудностью назвали сопротивление пациентов, что является прямым следствием дефицита внутренней мотивации и астенизации.

Этап № 3 (планирующе-проспективный, 4–5 день): закрепление результатов, составление четкого письменного плана действий на дом, проработка возможных препятствий. Недооценка этого этапа ведет к тому, что вся проделанная работа оказывается незавершенной. Данные опроса: только 40% пациентов смогли внятно сформулировать полученные рекомендации по дальнейшему лечению, что свидетельствует о низкой эффективности данного этапа и высоком риске декомпенсации после выписки.

Ведущий фактор успеха – внутренняя мотивация, связанная с ориентацией на возвращение к активной жизни. Второй по значимости фактор – интернальный локус контроля в сфере здоровья. Пациенты, считающие операцию успешной, сообщали о том, что исход лечения зависит от их собственных усилий, то есть демонстрировали высокий уровень критичности и сознательного регулирования своей деятельности. Качество коммуникации с врачом (оценивалось как «возможность задать вопросы и получить понятные ответы») напрямую связано со снижением тревожности и повышением приверженности рекомендациям. Это подтверждает идею о том, что ясное сознание и отсутствие иллюзий восприятия, вызванных страхом, являются основой для продуктивного сотрудничества. Сотрудники в 90% случаев неосознанно называли в качестве главного фактора успеха пациента личностные характеристики, что подтверждает гипотезу о преобладании психологических факторов над медицинскими.

При этом собственный астенический синдром, вызванный эмоциональным выгоранием, у персонала может снижать эмпатию и способность к мотивационному консультированию.

Резюме. Успешность краткосрочного стационарного лечения пациентов с коксартрозом является в значительной степени психологической, а не чисто медицинской категорией. Она основана на формировании продуктивной совместной деятельности медицинского персонала и пациента. Ядром успеха выступает сформированная внутренняя мотивация и интернальная позиция пациента, что позволяет рассматривать

лечение как осознанную, целенаправленную деятельность, а не как реакцию на принуждение. Существующая модель организации лечения часто недооценивает значимость проспективного этапа (планирования жизни после стационара) и влияние астенического синдрома как пациентов, так и персонала, что приводит к низкой приверженности терапии и быстрой декомпенсации. Для повышения эффективности краткосрочного стационара необходима целенаправленная психологическая работа на всех этапах, включая: мотивационное консультирование, формирование реалистичных ожиданий, обучение персонала технологиям партнерской коммуникации, направленной на предотвращение агнозий (в виде непонимания рекомендаций) и созданию для пациента «ситуации успеха» уже в стационаре [3]. Реализация деятельностного подхода, в рамках которого пациент является не объектом, а субъектом лечебного процесса, является ключом к повышению эффективности краткосрочного лечения хронических заболеваний, таких как коксартроз. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку и внедрение в рутинную клиническую практику стандартизированных психологических протоколов для работы с пациентами ортопедического профиля, учитывающих выявленные психопатологические аспекты и факторы риска.

Литература

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова Я.А. Методика для психологической диагностики качества жизни, связанного со здоровьем: руководство для врачей и медицинских психологов. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 25 с.
2. Губарева Т.П., Шамшикова Е.С. Психологическая подготовка пациентов к эндопротезированию тазобедренного сустава // Вестник восстановительной медицины. 2019. № 5. С. 34–41.
3. Демченко Е.А., Зайцев В.П. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов перед плановыми ортопедическими операциями // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т. 22. № 3. С. 45–52.
4. Колотилова И.И., Николаева В.В. Влияние копинг-стратегий на эффективность реабилитации пациентов с остеоартрозом // Клиническая психология в здравоохранении. 2021. № 2. С. 45–58.

Особенности эмоциональной сферы как предикторы дезадаптации нейроотличных детей

Султанова А.Н., Протодьяконова Н.М.
ФГБОУВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ Новосибирск, Россия
sultanova.aklima@yandex.ru, akveductus@gmail.com

Ключевые слова: расстройства нейроразвития, нейроотличность, нейроразнообразие, дезадаптация

Emotional factors as predictors of maladjustment in neurodivergent children

Sultanova A.N., Protodiakonova N.M.
Novosibirsk State Medical University of the Ministry of health of the Russian Federation, Novosibirsk, Russia
sultanova.aklima@yandex.ru, akveductus@gmail.com

Keywords: neurodevelopmental disorders (NDD), neurodiversity, neurodivergence, maladjustment.

Введение. Нейроотличие – это способ работы мозга, который отличается от большинства других людей, являясь причиной, по которой человек по-особому взаимодействует с окружающим миром. Концептуальной основой данной работы является теория нейроразнообразия Джуди Сингер. В то время как некоторые дети могут быть прямо зависимы от медицинского оборудования, другие имеют поведенческие и психические расстройства, которые могут косвенно ухудшать качество жизни [1]. Но и те и другие находятся в группе риска по развитию тревожных и депрессивных состояний, что в разы превышает аналогичные показатели в нейротипичной группе [2; 3; 4].

Данная работа является попыткой сделать шаг к преодолению имеющегося дефицита исследований эмоциональной сферы нейроотличных детей в контексте выявления возможных факторов развития вторичных нарушений, влекущих дезадаптацию.

Материал и методы. В исследовании были использованы «Тест тревожности» («Выбери нужное лицо», Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен), а также «Шкала эмоционального неблагополучия и атипичного

поведения дошкольников» (А.М. Казьмин и соавторы). Все вычисления проводились с помощью пакета статистического программного обеспечения SPSS Statistics с определением описательной статистики (средние величины, стандартное отклонение). Достоверность различий между показателями в группах определялась с помощью U-критерия Манна-Уитни и критерия углового преобразования φ-Фишера.

Исследование проводилось среди пациентов дневного стационара № 1 для детей с поражением ЦНС и нарушениями функции опорно-двигательного аппарата в течение марта и апреля 2025 года. Исследовательской базой для написания работы послужила «Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи». В экспериментальную выборку вошли 20 детей возрастом от 4 до 12 лет (6,8±2), 11 девочек и 9 мальчиков с диагностированными психоневрологическими нарушениями, такими как: резидуальные перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС), нарушения речи, нарушения интеллекта (умственная отсталость лёгкой степени), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), детский церебральный паралич (ДЦП), синдром эмоциональной лабильности и расстройство аутистического спектра (РАС). В заполнении опросника эмоционального неблагополучия и атипичного поведения принимали участие три клинических психолога, осуществлявших психокоррекционную работу с детьми, а также родители детей: 19 матерей и 1 отец.

Результаты. К группе детей с высокой тревожностью по «Тесту тревожности» было отнесено 45% от общей выборки. К группе со средней тревожностью было отнесено 55%. Никто не отличился низким уровнем тревожности, что указывает на выраженную эмоциональную напряженность у всех детей в выборке. Для доказательства внутригрупповых различий по показателю индекса тревожности использовался U-критерий Манна-Уитни, который показал значимые различия ($p<0,05$), что говорит об уместности сравнения двух групп.

Сравнительный анализ по рисункам, вызывающим эмоциональное напряжение у детей, осуществлялся при помощи коэффициента углового преобразования φ-Фишера. Статистически значимые различия у детей со средней и высокой тревожностью выявились при анализе изображений «Игра с младшими детьми» (>0,002), «Игнорирование» (>2,91) и «Собирание игрушек» (>0,002). «Игра с младшими детьми» часто в детском восприятии отражает ситуации взаимодействия типа «ребенок-ребенок». Негативный эмоциональный выбор сделали 33,3% детей с высокой тревожностью, в то время как менее тревожные дети оценили изображение как эмоционально положительную ситуацию в 100% случаев. Это может говорить о выраженной тревожности как

факторе, способном препятствовать социализации нейроотличных детей среди сверстников во время игровой деятельности. Игра часто предполагает постоянное спонтанное изменение правил, действий, ролей, что для чрезмерно тревожных детей связывается с потерей контроля, изменения в игре вызывают страх неопределенности, опасение стать объектом насмешек или изоляции. Рисунок «Игнорирование» у детей с высокой тревожностью сопровождался негативным эмоциональным ответом в 100% случаев, в группе менее тревожных детей аналогичный ответ дали 45,5%. Дети из первой группы могут быть более уязвимы в ситуации сравнения с другими детьми, бояться негативной оценки окружающих, воспринимать себя отвергнутыми, недостаточно хорошими. Изображение «Собирания игрушек» вызвало негативный эмоциональный ответ у 88,9% детей в группе с высокой тревожностью, в группе со средней тревожностью значительно реже (в 36,4% случаев). Это может быть обусловлено более выраженным в первой группе субъективным ощущением давления со стороны взрослых, наличием у них несоразмерных реальным возможностям ребенка требований и ожиданий. В результате чувство бессилия, несостоятельности, накладываясь на реальный дефект нервной системы и/или двигательного аппарата, может усугубляться, усиливая тревожность. По остальным стимульным изображениям достоверных различий не было выявлено, однако дети с высокой тревожностью были склонны к отрицательным эмоциональным ответам при предъявлении большинства рисунков (12 из 14 рисунков).

При сравнительном анализе двух групп по «Шкале эмоционального неблагополучия и атипичного поведения» с помощью U-критерия Манна Уитни были выявлены статистически значимые различия по общей шкале ($p<0,001$), субшкале «Неконтактность» ($p=0,01$), субшкале «Тревога» ($p=0,007$), субшкале «Депрессия» ($p=0,001$). По субшкалам «Дезадаптивное поведение» и «Гиперактивность/Расторможенность» не выявлено достоверных различий. Все исследованные нейроотличные дети с высоким индексом тревожности имеют эмоциональные и/или поведенческие нарушения по общей шкале опросника, 22% имеют выраженные отклонения (47±1,41), 78% показали средние значения (34,1±10); в группе со средним индексом тревожности у 9% был высокий показатель отклонений (45), 46% имеют лёгкие отклонения (28,8±6,2) и 45% (9,8±3) не имеют отклонений. Описанные различия могут быть связаны с тем, что высокий уровень тревожности усиливает интенсивность и запуск негативных переживаний, в результате чего способность контролировать поведение и эмоции снижается. «Дезадаптивное поведение» и «Гиперактивность» в равной степени характерны для исследуемой выборки детей, независимо от уровня тревожности.

Заключение. По результатам исследования тревожность была выявлена у всех нейроотличных детей, при этом дети с высокой тревожностью проявляли более высокую эмоциональную напряженность в ситуациях, иллюстрирующих отношения со значимым взрослым или игровое взаимодействие с другими детьми. Дети с высокой тревожностью характеризовались более выраженными нарушениями эмоционального благополучия и поведения почти по всем исследованным параметрам, значимые различия между группами с высоким и средним уровнем тревожности установлены по показателям неконтактности, тревоги и депрессии, а также по общей шкале неблагополучия. Таким образом, более высокий уровень тревожности может говорить о более высоких рисках сопутствующих нарушений и дезадаптации у нейроотличных детей.

Литература

1. Materula D., Currie G., Jia X.Y., Finlay B., Lau A.M., Richard C., Yohemas M., Estes M., Gall N., Dewan T., MacEachern S., Ben Gibbard W., Zwicker J.D. Needs of children with neurodevelopmental disorders and medical complexity: Caregiver perspectives // Res Dev Disabil. 2024. № 11.
2. De Castro F., Cappa C., Madans J. Anxiety and Depression Signs Among Adolescents in 26 Low- and Middle-Income Countries: Prevalence and Association With Functional Difficulties // J Adolesc Health. 2023. № 1. P. 79–87.
3. Emerson E. Parental Report of Signs of Anxiety and Depression in Children and Adolescents with and Without Disability in Middle- and Low-Income Countries: Meta-analysis of 44 Nationally Representative Cross-Sectional Surveys // Child Psychiatry Hum Dev. 2023. № 1. P. 1–15.
4. Morales-Hidalgo P., Voltas-Moreso N., Hernández-Martínez C., Canals-Sans J. Emotional problems in preschool and school-aged children with neurodevelopmental disorders in Spain: EPINED epidemiological project // Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023. № 9. P. 1381–1392.

Особенности самоотношения у женщин, склонных к созависимости

Сурьянинова Т.И., Шаталова Е.В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Россия
ksatalova0@gmail.com

Ключевые слова: созависимость, самоотношение

Features of Self-Attitude in Women Prone to Codependency

Suriyaninova T.I., Shatalova E.V.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Kursk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russia
ksatalova0@gmail.com

Keywords: codependency, self-attitude

Введение. Термин «созависимость» был введен в 1970-х годах в рамках изучения семей алкоголиков и наркоманов и с тех пор получил широкое распространение в психологии. Первоначально он использовался для описания поведения супругов, родственников и близких зависимых, чья жизнь становилась подчиненной проблеме другого человека. Позднее концепция была расширена и включила в себя спектр личностных, эмоциональных и поведенческих характеристик, свойственных созависимым личностям [1].

В контексте созависимости самоотношение у женщин, находящихся в отношениях с зависимыми партнерами (алкоголиками, наркоманами, игроманами и т. д.), претерпевает значительные изменения. В таких отношениях самооценка женщин часто становится зависимой от успехов или неудач партнера, что приводит к эмоциональной изоляции и угнетению их собственной личности [3].

Созависимые женщины часто теряют чувство собственного «я», их самоотношение зависит от поведения партнера, от того, насколько ему удается контролировать свою зависимость, и насколько успешными

оказываются попытки изменить его. В результате женщины начинают воспринимать себя через призму «спасательницы», а их самооценка напрямую привязана к успешности партнера. Это приводит к тому, что они перестают осознавать свои собственные потребности, вместо этого сосредоточившись на удовлетворении потребностей партнера. Женщины в таких отношениях часто жертвуют собой, не понимая, что их ценность не зависит от способности «спасти» другого человека [2].

Таким образом, актуальность исследования обусловлена необходимостью понимания самоотношения у женщин с выраженными признаками созависимого поведения. Это знание критически важно для построения эффективной системы клинико-психологического сопровождения данной группы.

Целью исследования является выявление особенностей самоотношения у женщин, склонных к созависимости.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 48 женщин в возрасте от 32 до 44 лет, которые были разделены на две равные группы: с признаками созависимости (n = 24) и без них (n = 24).

Были использованы следующие психодиагностические методики: Шкала созависимости (С.А. Кулаков), Тест-опросник самоотношения (ОСО) (В.В. Столин, С.Р. Пантилеев)

Результаты. Статистическая обработка проводилась с использованием U-критерия Манна–Уитни и коэффициента корреляции Спирмена.

По результатам критерия U-Манна–Уитни были выявлены значимые различия по шкале самоуважения (p = 0,0), аутосимпатии (p = 0,0), ожидаемого отношения от других (p = 0,0), самоинтереса (p = 0,0), самоуверенности (p = 0,0), саморуководства (p = 0,0), самообвинения (p = 0,0), самопринятия (p = 0,0), самопонимания (p = 0,0), а также по шкале глобального самоотношения (p = 0,0).

Обнаружена сильная отрицательная корреляция между созависимостью и глобальным самоотношением (r = –0,76). Это может указывать на то, что женщины с высоким уровнем созависимости склонны к негативной оценке себя в целом. Выявлена сильная отрицательная связь между созависимостью и самоуважением (r = –0,8). Это свидетельствует о том, что чем выше уровень созависимости, тем ниже у женщин уважение к себе. Обнаружена сильная отрицательная корреляция между созависимостью и аутосимпатией (r = –0,73). Это говорит о том, что женщины с созависимостью испытывают трудности в принятии себя, склонны к самокритике. Выявлена сильная отрицательная связь между созависимостью и ожидаемым отношением окружающих (r = –0,73). Это может означать, что женщины с созависимостью подсознательно ожидают негативного от других. Обнаружена сильная отрицательная корреляция

между созависимостью и самоуверенностью (r = –0,75). Это указывает на то, что женщины с высоким уровнем созависимости сомневаются в своих силах. Выявлена сильная отрицательная связь между созависимостью и восприятием отношения других людей (r = –0,726). Это может свидетельствовать о том, что женщины с созависимостью склонны искаженно воспринимать мнение окружающих, часто интерпретируя его как критику или неприятие. Обнаружена сильная отрицательная корреляция между созависимостью и самопринятием (r = –0,671). Это говорит о том, что женщины с созависимостью испытывают трудности в безусловном принятии себя. Выявлена сильная отрицательная связь между созависимостью и саморуководством (r = –0,82). Это может указывать на то, что женщины с созависимостью испытывают трудности в самостоятельном управлении своей жизнью, склонны перекладывать ответственность на других. Обнаружена сильная отрицательная корреляция между созависимостью и самообвинением (r = –0,76). Это свидетельствует о том, что женщины с высоким уровнем созависимости склонны к чрезмерной самокритике, чувству вины и самоуничижению даже в ситуациях, где они не несут ответственности. Выявлена сильная отрицательная связь между созависимостью и самоинтересом (r = –0,753). Это говорит о том, что женщины с созависимостью часто игнорируют свои внутренние переживания, потребности и личностное развитие, сосредотачиваясь на других. Обнаружена сильная отрицательная корреляция между созависимостью и самопониманием (r = –0,78). Это может указывать на то, что женщины с созависимостью плохо осознают свои истинные чувства, мотивы и эмоции, что затрудняет их способность к рефлексии.

Выводы. По результатам эмпирического исследования у созависимых женщин зафиксированы выраженные нарушения в структуре отношения к себе – ядра личности. Сниженные показатели по шкалам выполнения задач, ролевого поведения, коммуникативности и самоконтроля отражают низкую способность к саморегуляции и самостоятельному действию. Уровень эмоциональности и восприятия нормативных ценностей также снижен, что указывает на истощение личностных ресурсов, эмоциональную нестабильность и неуверенность в моральных ориентирах. Все это свидетельствует о дезадаптации в самоотношении, обусловленной длительным пребыванием в деструктивных отношениях.

Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций в жизни. М.: Изд-во МГУ, 1984. 250 с.
2. Горбунова Т.В. Роль самооценки и я-концепции в созависимости. М.: Психотерапевтический центр, 2015. 215 с.
3. Петрова И.В. Психологические особенности самооценки женщин в созависимых отношениях. М.: Наука, 2014. 175 с.

Невербальная синхронизация как потенциальный индикатор качества психотерапевтической сессии

Сухоруков С.Д., Голованова И.В.
Научно-технологический университет «Сириус»
Федеральная территория «Сириус», Россия
serega.suhorukov2011@gmail.com, ir.golovanova@gmail.com

Ключевые слова: качество сессии, невербальная синхронизация, психотерапия, анализ временных рядов

Nonverbal synchrony as a potential indicator of the psychotherapy session quality

Sukhorukov S.D., Golovanova I.V.
Sirius University of Science and Technology
Sirius Federal Territory, Russia
serega.suhorukov2011@gmail.com, ir.golovanova@gmail.com

Keywords: session quality, nonverbal synchrony, psychotherapy, time series analysis

Введение. Качество психотерапевтической сессии признается одним из ключевых факторов эффективности психотерапии, так как именно в ходе отдельных встреч оказывается практическая помощь клиенту и формируется терапевтический альянс. При этом методы оценки качества сессий остаются преимущественно субъективными, опираясь на самоотчёты клиентов и терапевтов, что создаёт риски искажений и снижает надёжность данных. Кроме того, в научном сообществе отсутствует единое понимание самого конструкта «качество сессии», что затрудняет разработку надёжных инструментов его измерения [С.Д. Сухоруков и др., 2024]. В качестве дополнения к субъективным оценкам перспективным направлением является анализ невербальной синхронизации, отражающей согласованность движений участников взаимодействия, что может служить объективным индикатором качества сессии [S.L. Koole & W. Tschacher, 2016]. Настоящее исследование направлено на изучение возможностей использования невербальной синхронизации для оценки качества психотерапевтической сессии.

Материалы и методы. Участники: 9 пар клиент–психолог (возраст клиентов 18–45 лет, M = 27,2, SD = 8,1, 54% женщин), проходивших реальное консультирование в рамках когнитивно-поведенческой терапии. Клиенты и психологи после сессии заполняли переведенную исследовательской командой версию «Session Evaluation Questionnaire» [W.B. Stiles, 2002], оценивая глубину и комфортность сессии (альфа Кронбаха = 0,76). Для регистрации двигательной активности сессии с согласия участников записывались на видеокамеру GoPro10. Полученные видеофайлы использовались для Motion Energy Analysis (MEA; анализ энергии движений), который создает временные ряды движений тела каждого участника. Затем использовались два метода анализа синхронизации: подход с использованием пакета rMEA и анализом длительных интервалов (60 секунд); и подход с использованием алгоритма поиска пиковых значений и анализом коротких интервалов (5 секунд), реализованный в MATLAB [D. Schoenherr и др., 2019]. Анализ включал оценку параметров силы и частоты синхронизации. Для статистического анализа использовались байесовские непараметрические корреляции Спирмена между показателями синхронизации и оценками по опроснику «Session Evaluation Questionnaire».

Результаты. При анализе связи невербальной синхронизации и субъективных оценок качества сессии были выявлены отрицательные корреляции между силой синхронизации и оценками сессии клиентов по глубине ($\rho = –0,58$, BF = 4,49) и комфортности ($\rho = –0,57$, BF = 3,91). Эти результаты указывают, что более высокая согласованность движений между клиентом и психологом может ассоциироваться с более низким субъективным восприятием глубины и комфорта сессии клиентом. В то же время убедительных свидетельств в пользу наличия взаимосвязей между частотой синхронизации и оценками качества сессии клиентом получено не было (BF < 1), как и не получено свидетельств корреляций между показателями синхронизации (как по силе, так и по частоте) и оценками качества сессии психологом (BF < 1).

Одним из возможных объяснений отрицательной связи между силой синхронизации и оценками качества может быть то, что чрезмерно высокая синхронизация движений может восприниматься клиентом как неестественная или избыточная, снижая ощущение подлинности взаимодействия. Отсутствие связей по параметру частоты синхронизации может указывать на то, что этот параметр является менее значимым для оценки сессии как качественной. Кроме того, полученные данные позволяют предположить, что связь между невербальной синхронизацией и восприятием качества может быть нелинейной, где как слишком низкий, так и слишком высокий уровень синхронизации может снижать

воспринимаемое качество сессии, тогда как умеренный уровень способствует ощущению комфорта и глубокого контакта. Однако эта гипотеза требует дальнейшей проверки в будущих исследованиях с использованием нелинейных моделей и вариативных условий взаимодействия.

Выводы. Невербальная синхронизация обладает потенциалом использования в качестве объективного индикатора качества психотерапевтической сессии, однако её применение требует аккуратного анализа и интерпретации. Результаты исследования показали, что более высокая сила синхронизации движений может ассоциироваться с более низким субъективным восприятием глубины и комфорта сессии клиентом, тогда как убедительных свидетельств взаимосвязи с частотой синхронизации и оценками психологов получено не было. В практическом плане автоматизированный анализ невербальной синхронизации может стать вспомогательным инструментом мониторинга качества сессии.

Литература

1. Сухоруков С.Д., Голованова И.В., Жукова М.А. Качество сессии в психотерапии и консультировании: литературный обзор методов оценивания и основных характеристик // Современная зарубежная психология. 2024. Т. 13. № 1. С. 21–32.
2. Koole S.L., Tschacher W. Synchrony in Psychotherapy: A Review and an Integrative Framework for the Therapeutic Alliance // Frontiers in Psychology. 2016. Vol. 7. P. 862.
3. Stiles W.B. Session Evaluation Questionnaire: Structure and Use [Электронный ресурс]. Oxford: Miami University, 2002. URL: https://wbstiles.net/session_evaluation_questionnaire.htm (дата обращения: 04.07.2025).
4. Schoenherr D., Paulick J., Strauss B.M., Deisenhofer A.K., Schwartz B., Rubel J.A., Altmann U. Identification of movement synchrony: Validation of windowed cross-lagged correlation and regression with peak-picking algorithm // PLoS One. 2019. Vol. 14. No. 2. e0211494.

Роль моторно-зрительного латерального профиля в структуре факторов риска формирования трудностей счета у младших школьников

Тарасова Д.А.
ИМЧ РАН им. Н.П. Бехтеревой, Санкт-Петербург, Россия
neuropsy.pro@gmail.com

Ключевые слова: латеральный профиль, пространственные функции, управляющие функции, дискалькулия, младшие школьники

The role of the motor-visual lateral profile in the structure of risk factors for counting difficulties in primary school children

Tarasova D.A.
Institute of the Human Brain named after N.P. Bekhtereva, St. Petersburg, Russia
neuropsy.pro@gmail.com

Keywords: lateral profile, spatial functions, executive functions, dyscalculia, primary school children

Введение. Тема влияния латерального профиля у детей на индивидуальные особенности обучения актуальна ввиду возрастающей значимости профилактики и коррекции трудностей школьного обучения (среди детей нарушения встречаются до 22% в популяции). Выявление факторов риска и определение эффективных стратегий обучения является приоритетом, что обусловливает активное развитие таких междисциплинарных направлений как нейропедагогика [4]. Однако данные исследований противоречивы. Ряд авторов показывают убедительную связь латерального профиля с тормозным контролем (И.В. Широкова, 2023) и в целом исполнительной системой (А.Р. Лурия, 1973; А.Л. Сиротюк, 2003), а также пространственными навыками (Л.Ю. Бухлина, 2016; Л.В. Сизова, 2025), другие авторы отмечают, что такие связи не значимы (Е.И. Николаева, Е.Г. Вергунов, 2020).

В рамках нашего исследования в центре внимания находятся пространственные и управляющие функции, так как именно эти компоненты

функциональной системы математических навыков являются наиболее значимыми для успешности освоения математики [1]. Таким образом, целью нашего исследования стало изучение роли латерального профиля (ведущий глаз, ведущая рука) в формировании рисков трудностей освоения счетных навыков у младших школьников через его связь с пространственными и управляющими функциями.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 95 учащихся 2–4 классов общеобразовательных школ г. Санкт-Петербурга в возрасте 9 лет 6 месяцев ±11 месяцев. По результатам тестов на выявление латерального профиля участники были разделены на 4 группы: группа № 1 (правая рука, правый глаз), n = 34 чел., группа № 2 (правая рука, левый глаз), n = 28 чел., группа № 3 (левая рука, правый глаз), n = 19 чел., группа № 4 (левая рука, левый глаз), n = 14 чел.

Для выявления ведущих руки и глаза использовались следующие методики: тест М. Озьяс, опросник Аннет, пробы А.Р. Лурия («Переплетение пальцев рук», «Поза Наполеона», «Аплодирование»), проба Розенбаха, окошко из ладоней, карта с дыркой, подзорная труба. Для оценки пространственных и регуляторных функций использовались следующие методики и субтесты: методика «Прогрессивные матрицы Равена», копирование фигуры Тейлора, методика «Запомни и расставь точки» (графические матрицы), серийный счет, проба «кулак-ребро-ладонь», проба Хэда, проба «Реакция выбора», ориентировка в схеме тела, семантические и логико-грамматические задачи. Для оценки счетных навыков использовалась методика «Number Knowledge Test».

Статистическая обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 26.0 с использованием непараметрических методов (критерии Шапиро-Уилка, Крускала-Уоллиса, Данна с поправкой Бонферрони, корреляция Спирмена). Уровень статистической значимости был установлен на уровне $p < 0,05$.

Результаты. Пространственные функции: статистически значимых различий между группами не выявлено (для всех тестов $p > 0,05$). Слабые тенденции в группах с перекрестным профилем не достигали значимости.

Управляющие функции: обнаружены значимые различия между группами. Тест Струпа: $H(3) = 14,21$, $p=0,001$. Группы 1 и 2 > группы 3 и 4. Серийный счет: $H(3) = 11,85$, $p = 0,008$. Группа 1 > группы 3 и 4. Динамический праксис: $H(3) = 15,87$, $p < 0,001$. Группа 1 > всех; группа 2 > группы 4. Проба Хэда: $H(3) = 12,34$, $p = 0,002$. Группа 1 > групп 3 и 4; группа 2 > группы 4.

Счётные навыки (NKT): Значимых различий между группами не выявлено ($H(3) = 2,15$, $p = 0,542$). Корреляционный анализ не показал связи профиля с успешностью по NKT ($\rho = 0,12$, $p = 0,248$).

Выводы. Моторно-зрительный латеральный профиль оказывает значимое избирательное влияние на развитие управляющих функций, но не влияет напрямую на пространственные функции и счетные навыки. Полученные данные позволяют рассматривать латеральный профиль как косвенный фактор риска дискалькулии, опосредованный через дефициты в развитии управляющих функций. Это подчеркивает важность включения оценки латерального профиля и диагностики управляющих функций в комплексный нейропсихологический скрининг для выявления детей группы риска по трудностям в математике и в других академических областях.

Литература

1. Глиник О.А. Нарушения счетных навыков: обзор причин и нейропсихологических механизмов дискалькулии // Психологическая наука и образование. 2022. Т. 27. № 1. С. 17–26. DOI: 10.17759/pse.2022270102
2. Семенович А.В., Архипов Б.А., Фролова Т.Г., Исаева Е.В. О формировании межполушарного взаимодействия в онтогенезе // Межполушарное взаимодействие: хрестоматия / под ред. А.В. Семенович, М.С. Ковязиной. М.: Генезис, 2009. 400 с.
3. Симерницкая Э.Г. Доминантность полушарий. Нейропсихологические исследования / Э.Г. Симерницкая / Под ред. А.Р. Лурия. М.: Изд-во МГУ, 1978. Вып. 10. 95 с.
4. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. М.: Творческий Центр Сфера, 2003. 288 с.
5. Хохлов Н.А., Ковязина М.С., Василевская Н.В., Васильева К.А. Соотношение фиксационной и гностической асимметрий зрительной системы: что такое ведущий глаз? // Экспериментальная психология. 2019. Т. 12. № . 1. С. 139–152.

О результатах скрининговой психодиагностики онкопациентов

Титова И.И.
Южный федеральный университет
г. Ростов-на-Дону, Россия
ititova@sfedu.ru

Ключевые слова: онкопсихология, психологический скрининг, онкопациенты, психодиагностика

On the results of screening psychodiagnostics in cancer patients

Titova I.I.
Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia
ititova@sfedu.ru

Keywords: oncopsychology, psychological screening, cancer patients, psychodiagnostics

Введение (актуальность). Программы скрининга для работы с дистрессом стали международным стандартом в онкологической помощи. По данным многочисленных авторов (J.C. Holland, C.D. Bergerot, L.E. Carlson, B.D. Bultz, S. Dolbeault, J.R. Zabora, M. Lazenby, L. Grassi, Вагайцева, О.Ю. Щелкова, А.Б. Тарасевич и др.) [1–4], методики скрининговой психодиагностики онкобольных эффективны для проведения скрининга психоэмоционального и психосоциального состояния онкопациентов на различных стадиях заболевания. В ФГБУ «НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова» скрининговое исследование уровня психоэмоционального напряжения пациентов проводится по методике самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS). При этом единая политика проведения комплексной скрининговой психодиагностики для пациентов онкологических стационаров и рекомендованные методики в отечественной практике на текущий момент отсутствуют, чем обосновывается актуальность изучения данного вопроса.

Методы. Использовались стандартные адаптированные на русский язык психодиагностические методики: методика изучения ценностных ориентаций Rokeach M. [1973], тест смысложизненных ориентаций Crumbaugh J., Maholic L. [1964], опросник «Способы совладающего

поведения» Lazarus R., Folkman S. [1988], пятифакторный опросник личности Heijiro Tsuji [1996], опросник качества жизни ВОЗКЖ-100 [1995], опросник выраженности психопатологической симптоматики DeRogatis L., Lipman R., Covi L. [1990].

Результаты. С апреля 2022 года по октябрь 2023 года на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии» (г. Ростова-на-Дону) проведено научно-практическое исследование в рамках научного проекта РНФ № 22-18-00543 [5]. Выборка скринингового психодиагностического исследования сформирована из 196 онкопациентов в возрасте от 18 до 60 лет, обоих полов, с онкопатологиями различной природы.

По результатам тестирования выявлено, что предпочитаемыми ценностями-целями (терминальные ценности) онкопациентов являются «Здоровье», «Любовь» и «Активная деятельная жизнь». В группе отвергаемых ценностей находятся ценности «Общественное признание», «Развлечения», «Творчество», «Уверенность в себе», «Развитие», «Счастье других». При этом предпочитаемыми ценностями-средствами (инструментальные ценности) для достижения терминальных ценностей являются «Честность», «Аккуратность», «Чуткость». В группе отвергаемых ценностей находятся «Жизнерадостность», «Широта взглядов», «Высокие запросы». Ценности «Жизненная мудрость», «Здоровье (физическое и психическое)», «Красота природы и искусства», «Уверенность в себе (внутренняя гармония)» приоритетнее в группе респондентов женского пола по сравнению с респондентами мужского пола ($p = 0,039$, $p < 0,05$, $p < 0,0041$, $p < 0,04$, соответственно; метод Хи-квадрат Пирсона). Респонденты младше 35 лет указывают ценность «Творчество» в качестве приоритетной чаще, чем респонденты старше 35 лет ($p = 0,02$, метод: Хи-квадрат Пирсона). Результаты тестирования позволяют оценить источник смысла жизни онкопациентов, который может быть найден, либо в будущем («Цели в жизни» – 58,42%), либо в настоящем («Процесс в жизни» – 39,88%) или прошлом («Результативность в жизни» – 56,74%) и провести соответствующие психокоррекционные мероприятия, направив процесс смыслообразования пациента из прошлого в будущее.

Полученные результаты тестирования показывают выраженное использование респондентами адаптивных копинг-стратегий («Самоконтроль» – 62,5%; «Поиск социальной поддержки» – 60,41%; «Планирование решения проблемы» – 76,04%; «Положительная переоценка» – 52,60%). Вместе с тем, показатели по шкалам «Конфронтация» (умеренное – 44,27%), «Дистанцирование» (выраженное – 34,01%), «Бегство-избегание» (умеренное – 41,14%), «Принятие ответственности» (умеренное – 41,66%) могут быть маркерами для работы с неэффективными копинг-стратегиями с целью психологической адаптации

к заболеванию и расширения диапазона поведения в сложных жизненных ситуациях. По результатам опроса, респондентами продемонстрирован высокий уровень субъективного благополучия и счастья: так 154 респондента (78% выборки) могут назвать свое детство и жизнь счастливыми.

Выводы. Полученный нами в ходе исследования опыт и проведенный анализ мировых практик свидетельствуют в пользу обоснованности внедрения в практику комплексного психологического скрининга онкопациентов, поступающих на лечение в онкологические стационары. Скрининг выступает в качестве необходимого компонента в установлении отношений, сборе информации, оценке психологических проблем онкологических больных и выстраиванию персонализированного подхода к психологическому сопровождению онкопациентов. Наполнение и конкретные методики подлежат согласованию и закреплению на уровне руководящих рекомендаций для медицинских организаций.

Литература

1. Holland J.C. Distress screening and the integration of psychosocial care into routine oncologic care // J.Natl. Compr. Cancer Netw. 2013. № 11(5). P. 687–689.
2. Dolbeault S. Screening for distress and supportive care needs during the initial phase of the care process: a qualitative description of a clinical pilot experiment in a French cancer center / S. Dolbeault, B. Boistard, J. Meuric, L. Copel, A. Brédart // Psychooncology. 2011. Vol. 20. № 6. Pp. 585–593. DOI: 10.1002/pon.1946
3. Grassi L. Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings / Grassi Luigi, Caruso Rosangela, Sabato, Silvana, Massarenti, Sara, Nanni, Maria & Coauthors // Frontiers in Psychology. 2015. № 5. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.01485
4. Вагайцева М.В. Скриниговое исследование уровня психоэмоционального напряжения онкологических больных в ФБГУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ / Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П. // Злокачественные опухоли. 2016. № 4 (1). С. 271–272.
5. Ермаков П.Н. Социальные факторы психологического благополучия онкопациентов в период пандемии COVID-19 / П.Н. Ермаков, Е.М. Ковш, А.Ю. Максимов, А.В. Неживова // Российский психологический журнал. 2023. Т. 20. № 4.

Время просмотра картин и эмоциональное состояние пользователей чат-бота психологической самопомощи

Тихонова С.С.
Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
tihonovasofa@mail.ru

Ключевые слова: эмоциональное состояние, чат-бот, время просмотра, художественное творчество, совладание со стрессом

Picture viewing time and emotional state of users of the psychological self-help chatbot

Tikhonova S.S.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
tihonovasofa@mail.ru

Keywords: emotional state, chatbot, viewing time, artistic creativity, coping with stress

Введение. Регулирование эмоционального состояния является неотъемлемой потребностью любого человека. Зачастую для того, чтобы ее удовлетворить, необходимо прибегать не только к собственным навыкам эмоционального регулирования, но и к внешним способам управления. Поскольку исследования, демонстрирующие способность визуального искусства снимать стресс, показывают неоднозначные результаты [2] и были проведены преимущественно в музейной среде, альтернативным способом изменения состояния может стать чат-бот психологической поддержки. Посещение галереи, как показано в этих исследованиях, способствовало более быстрому восстановлению после сильного стресса, оцениваемого по уровню кортизола в слюне. Однако не каждый человек может позволить себе поход в музей или галерею, поэтому важно предоставлять возможности, которые могли бы скомпенсировать это.

Материал и методы. Процедура взаимодействия с чат-ботом (https://t.me/experiment_psy_bot) строится на последовательном алгоритме. Изначально пользователь проводит самооценку своего эмоционального состояния по трем шкалам «The Self-Assessment Manikin» [1]:

валентности, напряженности и доминантности. Затем предлагается выбор между двумя сценариями: просмотр произведений классического или современного искусства, а также предпочтение в направленности эмоциональной регуляции – испытуемый стремится активизироваться или успокоиться. Отбор образцов картин осуществлялся на основе цветовой теории М. Люшера и формулы вегетативного коэффициента А.И. Юрьева, в которой синий и зеленый цвета связаны с потребностью в релаксации, а красный и желтый – с необходимостью повышения активности. Дополнительно учитывалась жанровая принадлежность картины к абстракции или пейзажу. Для каждой из опций были подобраны по десять картин, соответствующих цветов и жанров. В процессе сеанса чат-бот посредством текстового сообщения подтверждал выбор пользователя и предлагал рассматривать выбранные изображения без ограничений по времени. Продолжительность просмотра фиксировалась чат-ботом без уведомления пользователя. По окончании пользователь повторно оценивал свое эмоциональное состояние по шкалам SAM, после чего получал обратную связь, сравнивающую показатели до и после процедуры самопомощи.

В этом исследовании мы рассматривали связь продолжительности просмотра произведений художественного искусства разных жанров с выбором пользователей между опциями чат-бота «активизироваться» или «успокоиться».

Результаты. Для проверки предположения о взаимосвязи продолжительности просмотра картин и выбора опции «активизироваться» или «успокоиться» было проведено исследование, в котором приняли участие 124 респондента в возрасте от 16 до 55 лет (M = 26,06; SD = 9,91); 19 мужского (15,3%) и 105 женского пола (84,7%).

Участие в исследовании осуществлялось на безвозмездной основе и не предусматривало каких-либо поощрений. Перед демонстрацией художественных произведений участникам была представлена соответствующая инструкция: «Вам будут представлены несколько изображений, после просмотра которых вам будет предложено оценить ваше эмоциональное состояние. Помните, что в оценке своего состояния нет правильных и неправильных ответов. Нажимайте ту цифру, которую вы выбрали первой. Пожалуйста, открывайте и внимательно рассматривайте это и каждое из последующих изображений».

Проанализировав полученные данные, было выяснено, что существуют различия в продолжительности просмотра между картинами современного искусства, обладающих возбуждающими свойствами, и пейзажами, обладающих успокаивающим действием. Так, среднее время просмотра картин современного искусства составило 6 секунд, а традиционного – 4,2 секунды. Мы предполагаем, что такие результаты

могут быть обусловлены более сложной когнитивной нагрузкой при визуальной обработке картин, относящихся к современному искусству, нетипичностью изображений, в частности из-за чего участники исследования задерживаются на данных картинах в целом дольше. Различий по другим вариантам комбинаций жанра картин и выбора респондента обнаружено не было.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что восприятие произведений современного искусства в активизирующих цветах требует большей умственной активности и вовлеченности по сравнению с пейзажами, выполненными в рамках традиционных подходов. Более длительное время просмотра современных картин, обладающих активизирующим эффектом, может отражать как сложность их образного содержания, так и необходимость более глубокого анализа для эмоциональной активации. Это указывает на то, что такие художественные стимулы способны стимулировать когнитивные процессы и по-разному удерживать внимание пользователя, что важно учитывать при разработке цифровых психологических инструментов, направленных на эмоциональную регуляцию. Отсутствие значимых различий в других сочетаниях жанров и эмоциональных предпочтений подтверждает специфичность данной связи и выделяет современное искусство как потенциально более эффективный ресурс для активации эмоций в рамках самопомощи.

Литература

1. Bradley M.M., Lang P.J. Measuring emotion: The self-assessment manikin and the semantic differential // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1994. V. 25. № 1. P. 49–59.
2. Clow A., Fredhoi C. Normalisation of salivary cortisol levels and self-report stress by a brief lunchtime visit to an art gallery by London City workers // J Holist Healthc. 2006. V. 3. P. 29–32.

Психическое здоровье молодежи в эпоху цифровой трансформации: барьеры обращения за помощью (на примере северокавказских студентов психологических специальностей и иных направлений подготовки)

Тувина И.С.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
irenpsylab@mail.ru

Ключевые слова: психическое здоровье, цифровая трансформация, барьеры помощи, северокавказская молодежь, онлайн-консультирование

Mental health of young people in the era of digital transformation: barriers to seeking help (based on the example of North Caucasian students majoring in psychology and other fields of study)

Tuvina I.S.
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
irenpsylab@mail.ru

Keywords: mental health, digital transformation, barriers to help, North Caucasian youth, online counseling

Введение. Эпоха цифровой трансформации, характеризующаяся огромной трансляцией через медиа социальных практик, оказывает амбивалентное влияние на психическое здоровье молодежи. С одной стороны, она открывает беспрецедентный доступ к информации и потенциальным ресурсам поддержки, с другой – порождает новые формы стресса, социального сравнения и кибербуллинга [1]. Особую актуальность проблема барьеров обращения за помощью приобретает в регионах с выраженными культурно-традиционными укладами, к которым относится Северный Кавказ. Данное исследование фокусируется на сравнительном анализе препятствий, воспринимаемых студентами психологических и непсихологических специальностей, что позволяет выявить роль профессиональной осведомленности в преодолении стигмы.

Материал и методы. Было проведено феноменологическое качественное исследование. Выборка (n = 25 чел.) была сформирована методом снежного кома и включала две группы: 1) студенты-психологи (n = 12; 48% от выборки) и 2) студенты гуманитарных и технических специальностей (n = 13; 52% от выборки) вузов Северного Кавказа. Критерием включения было постоянное проживание в регионе не менее 10 лет. Сбор данных осуществлялся в течение одной недели посредством полуструктурированных глубинных интервью (по 60 минут) и двух фокус-групп (по 90 минут). Интервью транскрибированы и подвергнуты тематическому анализу для качественного исследования, разработанного В. Браун и В. Кларк [2].

Результаты. Анализ транскриптов выявил три основных тематических блока барьеров, общих для обеих групп, но с различной степенью актуальности.

1. Культурно-обусловленные барьеры. Доминирующим фактором во второй группе (студенты гуманитарных и технических специальностей) оказалась интенсивная стигматизация психологических проблем и обращения за помощью, воспринимаемая как «постыдная слабость» или «сглаз» и дискредитирующая семью. Данный барьер был ведущим для 11 из 13 респондентов (84,6%) в группе студентов иных направлений подготовки. В группе психологов данный барьер был рефлексируем и частично нивелирован профессиональной идентичностью (отмечали его лишь 4 респондента, или 33,3%), однако отмечалась «вторичная стигма» – страх быть неправильно понятыми в собственном сообществе («сочтут некомпетентными»; 5 респондентов, или 41,7%).
2. Барьеры, опосредованные цифровой средой. Дилемма анонимности: 20 респондентов из 25 (80% всей выборки) отмечали, что цифровое пространство создает иллюзию анонимности и доступности помощи (чаты, приложения). Однако ключевым препятствием выступал страх отсутствия анонимности и утечки конфиденциальных данных, что в условиях тесно связанного сообщества Северного Кавказа представлялось катастрофическим сценарием (17 респондентов, или 68%). Цифровой перфекционизм: 14 студентов (56%) указывали, что социальные сети формируют искаженные ожидания от терапии как от быстрого «лайфхака» для достижения цифрового идеала благополучия, что ведет к разочарованию в профессиональной помощи.
3. Институциональные барьеры. 22 из 25 опрошенных (88%) демонстрировали низкий уровень осведомленности о реально работающих сервисах психологической помощи, в том числе интернет-агрегаторах. Студенты гуманитарных и технических специальностей

(100% группы) выражали недоверие к компетенции психологов на таких агрегаторах, при этом 8 студентов-психологов (66,7%) критиковали отсутствие высшего психологического образования у психологов, работающих в российских интернет-агрегаторах.

На основе выявленных барьеров сформулированы следующие рекомендации для практикующих консультантов, работающих с данной целевой группой:

1. Разработка культурно-сенситивных моделей. Необходимо интегрировать понимание культурного контекста (ценность семьи, коллективизм, уважение к старшим) в консультативный процесс. Эффективной может быть стратегия рефрейминга обращения за помощью: не как индивидуальный провал, а как акт ответственности перед семьей и обществом, шаг к повышению личной эффективности для общего блага.
2. Продвижение гибридных форматов работы. Для преодоления страха отсутствия анонимности целесообразно внедрение гибридных моделей**:** первичная анонимная консультация через зашифрованные мессенджеры или чат-боты для установления рапорта и оценки проблемы с возможностью последующего перехода на очные или онлайн встречи посредством видеосвязи с проверенным специалистом. Это снижает первоначальный порог входа.
3. Психообразовательные инициативы силами студентов-психологов. Создание и поддержка peer-to-peer программ («равный – равному»), где сами студенты-психологи старших курсов под супервизией выступают агентами дестигматизации внутри студенческого сообщества, на понятном языке разъясняя основы ментального здоровья и принципы конфиденциальности.
4. Повышение цифровой грамотности психологов. Консультантам необходимо активно осваивать и этично использовать цифровые платформы, не только как инструмент для консультирования, но и как пространство для психологического просвещения – ведение профессиональных академических блогов, участие в региональных онлайн-форумах, выступления на научно-практических конференциях, что повышает видимость и формирует культуру доверия к профессиональному сообществу.

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует, что цифровая трансформация не нивелирует, а зачастую трансформирует и усложняет традиционные барьеры обращения за помощью в северокавказском студенческом сообществе. Профессиональная подготовка студентов-психологов снижает действие стигмы, но порождает специфические страхи. Эффективное психологическое консультирование в данном

регионе должно быть основано на глубоком понимании социокультурного контекста и гибком адаптивном использовании цифровых инструментов для построения доверительных отношений.

Литература

1. Антонова Н.А. Установки студентов к получению помощи в сфере психического здоровья // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2020. № 195. С. 213–222.
2. Clarke V., Braun V. Teaching thematic analysis: overcoming challenges and developing strategies for effective learning // Psychologist. 2013. V. 26 (2). P. 120–123.

Психиатрические особенности женщин с алкогольной зависимостью и социальным неблагополучием: роль личностных расстройств

Тюляндина Е.В.[1], ***Агибалова Т.В.***[1,2,3], ***Масякин А.В.***[1,4], ***Булгаков И.М.***[1]

[1]*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия*
[2]*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Россия*
[3]*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия*
[4]*Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия*
psytev@yandex.ru

Ключевые слова: алкогольная зависимость, социальное неблагополучие, личностные расстройства, коморбидность, женщины

Psychiatric features of women with alcohol dependence and social disadvantage: the role of personality disorders

Tiuliandina E.V.[1], ***Agibalova T.V.***[1,2,3], ***Masyakin A.V.***[1,4], ***Bulgakov I.M.***[1]

[1]*Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Moscow Healthcare Department*
[2]*Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba*
[3]*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional* Education» of the Ministry of Health of the Russian Federation

[4]*Central State Medical Academy of the Office of the President of the Russian Federation*
psytev@yandex.ru

Keywords: alcohol dependence, social disadvantage, personality disorders, comorbidity, women

Введение. Алкогольная зависимость у женщин сопровождается высоким уровнем психиатрической коморбидности. Особое значение имеют личностные расстройства (F60–F61), утяжеляющие течение зависимости, способствующие формированию агрессивного и самоповреждающего поведения и снижающие эффективность стандартной терапии. Учитывая социальное неблагополучие данной категории пациенток, психиатрические особенности приобретают особую значимость для клинической практики.

Материалы и методы. Обследованы 73 женщины 27–56 лет с синдромом зависимости от алкоголя (II стадия), имеющие несовершеннолетних детей и состоящие на учете в комиссиях по делам несовершеннолетних. Выделены две группы: с личностными расстройствами (n = 26) и без личностных расстройств (n = 47). Применялись клиническое интервью, анализ медицинской документации, психометрические методики (HADS, SCID-II-Q), статистическая обработка (t-критерий Стьюдента, точный критерий Фишера, корреляционный анализ).

Результаты. Личностные расстройства выявлялись у 36% женщин. Пациентки этой группы имели более ранний дебют алкоголизации (19 лет против 21 года, $p = 0{,}026$), чаще сообщали о судорожных приступах (54% против 13%, $p = 0{,}0003$), демонстрировали более высокий уровень тревоги (HADS: 7,6 против 5,6 баллов, $p = 0{,}01446$). Психопатологическая нагрузка в данной подгруппе была значительно выше: самоповреждающее поведение (61% против 14%, $p < 0{,}001$), суицидальные тенденции (19% против 2%, $p < 0{,}05$), жалобы на психическое состояние при осмотре (69% против 38%, $p = 0{,}01499$). Анамнез насилия также был более отягощен: физическое – 80% против 44% ($p = 0{,}00323$), сексуальное – 26% против 6% ($p = 0{,}02846$). По SCID-II-Q в группе с личностными расстройствами преобладали радикалы: пограничный (7,2 против 2,9 баллов, $p < 0{,}001$), нарциссический (5,7 против 2,9, $p < 0{,}001$), антисоциальный (2,2 против 0,7, $p < 0{,}001$), шизотипический (2,5 против 1,1, $p < 0.001$), параноидный (3,7 против 1,9, $p < 0{,}001$). Суммарный индекс личностного неблагополучия также был значимо выше (44 против 26 баллов, $p < 0{,}001$).

Выводы. Женщины с алкогольной зависимостью и личностными расстройствами формируют особую группу риска, характеризующуюся

высоким уровнем психопатологической нагрузки, выраженной тревожностью, частым самоповреждающим и суицидальным поведением. Анамнез травматизации у таких пациенток встречается достоверно чаще, что дополнительно повышает их уязвимость. Выявленные психиатрические особенности следует учитывать при организации наркологической помощи: стандартные программы лечения не всегда эффективны. Для данной категории целесообразна индивидуализированная терапия с акцентом на психотерапевтическую поддержку, коррекцию личностных радикалов и профилактику самоповреждающего поведения.

Исследование зрительного предметного восприятия в условиях групповой нейропсихологической диагностики в начальной школе

Украинец О.В., Чиркова Ю.В.
Вторая Санкт-Петербургская Гимназия, г. Санкт-Петербург, Россия
olgaukrainets@mail.ru, jv_chirkova@mail.ru

Ключевые слова: групповая нейропсихологическая диагностика, функции переработки зрительной информации, младшие школьники, психолого-педагогическое сопровождение

A study of visual object perception in the context of group neuropsychological assessment in primary school

Ukrainets O.V., Chirkova Iu.V.
Second St. Petersburg Gymnasium, St. Petersburg, Russia
olgaukrainets@mail.ru, jv_chirkova@mail.ru

Keywords: neuropsychological diagnostics of younger students, visual information processing function, primary school students, psychological and pedagogical support

Цель, материалы и методы исследования. Цель исследования – апробация нейропсихологических проб оценки функций переработки зрительной информации для использования в групповом нейропсихологическом мониторинге в начальной школе. Исследование является частью научно-практической работы по созданию комплекса групповых нейропсихологических методов, позволяющих своевременно и эффективно выявлять причины и механизмы трудностей, возникающих на протяжении всего периода обучения в начальной школе, и оптимизировать психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса [4, 5].

В коллективной монографии «Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет» [1] предлагается последовательное предъявление трех проб на оценку зрительных функций. В данном исследовании была исключена проба «опознание перечеркнутых изображений», так как уже на этапе подготовки к диагностике мы обнаружили, что выполнение

пробы доступно учащимся практически без ошибок и, в таком случае, ее информативность в рамках нашего эксперимента значительно снижается.

При выполнении пробы «Узнавание наложенных фигур» В. Поппельрейтера учащимся предлагалось рассмотреть последовательно 2 набора наложенных изображений. В пробе «Узнавание незаконченных изображений» школьникам предлагались 12 недорисованных изображений предметов: чайник, очки, лампочка, ключ, ножницы, якорь, лейка, ведро, булавка, весы, сабля, клещи.

Так как учащиеся первых классов на момент проведения эксперимента еще не овладели в достаточной мере навыком письма, они использовали в работе набор из одного простого и пяти цветных карандашей. Зашумленные наложенные предметы дети обводили по контуру разными цветными карандашами, а незаконченные изображения дорисовывали простым карандашом. Такое выполнение имеет свои ограничения, оно не позволяет нам дифференцировать характер сделанных ошибок. Во 2-х и 3-х классах детям предлагалось написать название предполагаемого объекта рядом с недорисованным изображением. Учащимся четвертых классов предлагалось дорисовать и подписать.

В исследовании принимали участие 270 детей, учащихся в 1–4-х классах начальной школы Гимназии. Все дети, принявшие участие в обследовании, являются успевающими и не имеют патологии зрения.

Оценка достоверности различий выборок производилась по t-критерию Стьюдента с помощью парного двухвыборочного t-теста для средних из пакета анализа данных Microsoft Exel.

Результаты. Количественный и качественный анализ полученных результатов позволил получить дифференцированную информацию об особенностях выполнения младшими школьниками проб, изучающих функции зрительной переработки информации. Научно-практический интерес представляет сравнительный анализ результатов всех параллелей классов начальной школы.

При анализе продуктивности пробы на зрительный гнозис мы убедились, что проба на узнавание наложенных фигур является достаточно простой для младших школьников. Достоверно значимой разницы в продуктивности выполнения пробы учащимися разных параллелей нет ($p > 0,05$).

Ошибки, которые допускают дети в этой пробе, являются чаще всего вербальными и вербально-перцептивными (тарелка – миска), перцептивно близкими (стакан – кристалл). Качественный анализ позволяет отметить, что чаще всего дети допускают перцептивно близкие ошибки из-за того, что изображение предмета на картинке является устаревшим. Например, 76% учащихся четвертых классов безошибочно определили все пять предметов первого набора изображений. В то время как,

работая со вторым набором, только 13% школьников опознали все изображения безошибочно. Наибольшую трудность вызвало изображение стакана. Самыми частыми ошибочными ответами были: коробка, кристалл, алмаз, фантик, камень, упаковка.

При анализе продуктивности пробы на узнавание недорисованных фигур достоверно более высокий показатель был у учащихся 4-х классов –7,3±2,4 («**», $p < 0{,}001$). Интересно отметить, что в 98% случаев учащиеся правильно опознают и обозначают изображение лампочки, а самым сложным оказалось опознать недорисованное ведро – только 12% четвероклассников дали верный ответ. Оставили недорисованным изображение – 11% учащихся, 77% дали ошибочные ответы (наиболее частотные – книга, люстра, шкаф, сундук, коробка, хлеб).

Резюме. Показатели продуктивности наших первоклассников несколько ниже, чем в существующих исследованиях [1, 2]. Возможно, на результативность влияет система оценивания выполнения пробы. В групповом формате исследования нет стимулирующей помощи взрослого и оценки 0,5 баллов, как это предлагается при индивидуальном исследовании.

Проблемы, выявленные у детей в ходе скрининга зрительного предметного восприятия, могут свидетельствовать о недостаточной устойчивости зрительного образа предмета и возможности его вычленения из фона, а также о фрагментарности восприятия. Следующим этапом должно стать индивидуальное обследование детей, попавших в «группу риска».

Литература

1. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет / под общ. ред. Т.В. Ахутиной. М.: В. Секачев, 2021. 280 с.
2. Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста. М.: Академия, 2007. 192с.
3. Украинец О.В., Чиркова Ю.В. Нейропсихологическое сопровождение образовательного процесса в начальной школе: опыт работы. Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2024. № 7. С. 573–581. DOI: 10.33910/herzenpsyconf-2024-7-79
4. Украинец О.В., Чиркова Ю.В. Групповая нейропсихологическая диагностика в работе психолога начальной школы: возможности и ограничения. Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: методы арт-терапии в практике психологической помощи. Сборник научных трудов III Всероссийской межведомственной научно-практической конференции. 15–16 февраля 2024 г. Нижний Новгород: Национальный исследовательский Нижегородский государственный ун-т им. Н.И. Лобачевского, 2024. С. 371–380.

Взаимосвязь тревожности и профессионального самоопределения старших подростков из полных и неполных семей

Федосеева Т.Е., Никитина А.А., Маннанова Е.А.
ФГБОУ ВО Нижегородский Государственный Педагогический Университет имени К. Минина, г. Нижний Новгород, Россия
larry7@mail.ru, e-aleksa-nik08@mail.ru, emannanova1986@mail.ru

Ключевые слова: личностная тревожность, профессиональное самоопределение, старшие подростки из полных и неполных семей

The relationship between anxiety and professional self-determination of older adolescents from complete and single-parent families

Fedoseeva T.E., Nikitina A.A., Mannanova E.A.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Nizhny Novgorod State Pedagogical University named after KozmaMinin, Russia
larry7@mail.ru, e-aleksa-nik08@mail.ru, emannanova1986@mail.ru

Keywords: personal anxiety, professional self-determination, older adolescents from complete and single-parent families

Введение. Современное детство и подростничество, будучи исторически обусловлено общей социально-политической ситуацией в мире, проходит в обстановке высокой неопределенности ближайшего и далекого будущего. Подобная нестабильность, а также сложная семейная ситуация, вызванная кризисом института семьи, в частности, разводом, приводит у определенной части подростков к росту личностной напряженности, тревожности. Особенно дестабилизирующим фактором личностная тревожность у старших подростков из неполных семей становится на этапе профессионального самоопределения.

Целью нашего исследования является изучение взаимосвязи между тревожностью и профессиональным самоопределением у старших подростков из неполных семей. Понимание данной взаимосвязи может стать основой для разработки более эффективных стратегий

психолого-педагогической поддержки старших подростков, которые позволят им повысить осознанность выбора профессии и наиболее полно раскрыть свой потенциал в будущем.

Материал и методы. Исследования, раскрывающие особенности психического развития детей и подростков из неполных семей, немногочисленны и относятся скорее к предыдущему десятилетию. В современных работах [Н.В. Быстрова, С.А. Циплакова, О.Д. Коротеева, 2018] отмечены имеющиеся у подростков трудности в обучении, в развитии когнитивной сферы, половой идентичности, в формировании образа своего будущего, профессиональном самоопределении. И.В. Ботяновская и Н.В. Глод отмечают, что подростки из неполных семей в большей степени невротичные, тревожные, неуверенные в себе, их жизненные планы поверхностны и расплывчаты [5]. Авторы, изучающие подростковую тревожность [К.Р. Сидоров, И.Г. Крохина, 2013], отмечают ее взаимосвязь со большой учебной нагрузкой, экзаменационным стрессом, а также проблемами с самооценкой, переживанием семейного неблагополучия, необходимостью планировать будущее [Ю.В. Быховец, М.А. Падун, 2019]. Зафиксировано отсутствие различий в проявлении тревожности у подростков из полных и неполных семей [О.Г. Ксёнда, 2024]. Изучение влияния тревожности на различные показатели профессионального самоопределения представляется малоизученным и требует внимания.

Материалы и методы. Выборку составили 60 старших подростков 14–15 лет: 36 чел. из неполных семей и 38 чел. из полных. Методики исследования: опросник «Выявление готовности школьников к выбору профессии» (В.Б. Успенский), опросник «Профессиональная готовность» (А.П. Чернявская), опросник «Тест школьной тревожности Б.Н. Филлипса», опросник «Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера- Ю.Л. Ханина, STAI».

Результаты. У старших подростков из неполных семей выявлены выраженные связи между показателями тревожности и профессионального самоопределения: общая школьная тревожность – готовность к выбору профессии (–0,541) и автономность (–0,517); переживание социального стресса – планирование (–0,757); фрустрация потребности в достижении успеха – готовность к выбору профессии (–0,696) и планирование (–0,793); страх самовыражения – автономность (–0,637), принятие решения (–0,453), планирование (–0,836) и эмоциональное отношение (–0,586); страх ситуации проверки знаний – готовность к выбору профессии (–0,571) и информированность (0,463); страх не соответствовать ожиданиям окружающих – готовность к выбору профессии (–0,638), принятие решения (–0,662) и планирование (–0,772); низкая физиологическая сопротивляемость стрессу – эмоциональное отношение (–0,516); проблемы и страхи в отношениях с учителями – готовность к выбору

профессии (–0,456) и планирование (–0,567); шкала ситуативной тревожности – автономность (–0,523), планирование (–0,774) и эмоциональное отношение (–0,564); шкала личностной тревожности –готовность к выбору профессии (–0,441), принятие решения (–0,747), планирование (–0,683) и эмоциональное отношение (–0,483).

Выводы. Эмпирические данные подтверждают, что у подростков из неполных семей тревожность, особенно связанная с социальными оценками (несоответствие ожиданиям, страх самовыражения) и ситуативным стрессом, существенно тормозит ключевые аспекты профессионального самоопределения (планирование, автономность, эмоциональное отношение к выбору). Программы поддержки должны фокусироваться на снижении страхов социального осуждения, развитии стрессоустойчивости и навыков самостоятельного принятия решений. Необходимо внедрение в образовательные учреждения программ, сочетающих техники эмоциональной саморегуляции с профориентацией.

Литература

1. Быстрова Н.В., Циплакова С.А., Коротеева О.Д. Социально-психологические особенности детей из неполных семей / Н.В. Быстрова, С.А. Цыплакова, О.Д. Коротеева // Карельский научный журнал. 2018. Т. 7, № 1 (22). С. 37–40. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-psihologicheskie-osobennosti-detey-iz-nepolnyh-semey-2 (дата обращения: 15.06.2025).
2. Быховец Ю.В., Падун М.А. Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 78–89.
3. Сидоров К.Р., Крохина И.Г. Исследование причин тревожности учащихся // Новое образование. 2013. № . 1. С. 3–5.
4. Ксёнда О.Г. Тревожность и агрессивность у подростков из полных и неполных семей // Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология. 2024. № 3. С. 66–74.
5. Ботяновская И.В., Глод Н.В. Жизненные перспективы и профессиональное самоопределение подростков изполных и неполных семей // Профессиональная ориентация и самоопределение учащихся: теория, практика, инновация: материалы науч.-практ. конф. Минск, 28 апреля 2017 г. / редкол. С.В. Ситникова [и др.]; ГУО «Мин. обл. ин-т развития образования». Минск: Мин. обл. ИРО, 2017. 130–132 с.

Индивидуально-психологические особенности у пациентов с сахарным диабетом

Филоненко Е.В., Хорзова М.А.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России
Новосибирск, Россия
mrhorzova@ya.ru

Ключевые слова: сахарный диабет, индивидуально-психологические особенности, тревога, депрессия, личностные особенности

Individual psychological characteristics in patients with diabetes mellitus

Filonenko Y.V., Horzova M.A.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation
mrhorzova@ya.ru

Keywords: diabetes mellitus, individual psychological characteristics, anxiety, depression, personality traits

Введение. Как сахарный диабет, так и тревожно-депрессивная симптоматика в современном мире признаются одними из самых значимых в сфере охраны здоровья [1]. Диабет и депрессия снижают качество жизни, повышая риск инвалидности, стресса и социальной изоляции. У пациентов с диабетом тревога и депрессия ухудшают приверженность лечению, контроль глюкозы, способствуют набору веса и осложнениям, увеличивая медицинские расходы [2].

Существенно менее изученными на сегодня остаются личностные особенности пациентов с сахарным диабетом, а также их взаимосвязь с симптомами тревоги и депрессии. Хотя уже есть данные, свидетельствующие о том, что индивидуальные черты этой категории пациентов влияют на развитие и прогрессирование у них психических расстройств [3]. Таким образом, вопрос о подходах к лечению сахарного диабета при наличии у пациента тревожно-депрессивных симптомов имеет огромную практическую значимость.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном в 2025 году на базе ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1», приняли

участие 50 человек в возрасте от 18 до 75 лет. Первую группу составили 25 пациентов, имеющих диагноз сахарный диабет, из которых 10 мужчин и 15 женщин. Средний возраст среди них составил 52,92±16,34. Сахарный диабет 2 типа имели 19 пациентов (76%), диабет 1 типа – 6 (24%). Длительность течения диабета варьировалась в диапазоне от 1 года до 34 лет. Во вторую группу вошли 25 участников без сахарного диабета, из которых 10 мужчин и 15 женщин. Средний возраст среди них составил 36,92±14,75.

Рассматривались личностные особенности и выраженность уровня тревожно-депрессивных симптомов с помощью следующих методик: Опросник Шмишека в адаптации Ю.В. Кортневой, Шкала Бека для оценки депрессии (BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной, Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI).

Результаты. Была выявлена большая выраженность депрессии, в частности ее соматических симптомов, у пациентов с сахарным диабетом по сравнению с группой без диабета. Это может быть связано с тем, что участники исследования с сахарным диабетом могут сталкиваться с осложнениями болезни, влияющими на их уровень жизни, работоспособности и удовлетворенности жизнью.

Обнаружено, что личностная и ситуативная тревожность находится на уровне выше среднего с тенденцией к высокому как в группе пациентов с диабетом, так и в группе без него. Мы предполагаем, что пациенты с диагностированным диабетом могут развивать механизмы адаптации для совладания с эмоциональными трудностями, что может нивелировать выраженность тревожных симптомов до уровня группы без диабета.

Изучение личностных особенностей группы с диабетом и группы без этого заболевания показало схожесть их характерологических свойств. Всем участникам исследования присуща общительность, энергичность, настойчивость, экспрессивность, глубокая чувствительность, впечатлительность, высокая эмоциональность при склонности к сосредоточению на переживаниях, в особенности на обидах. Отсутствие существенных различий в результатах группы с диабетом и группы без него, может объясняться малочисленностью сравниваемых групп и изначальным сходством психологического восприятия участников.

Для определения взаимосвязи между личностными особенностями и степенью выраженности симптомов тревоги и депрессии был использован непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена при уровнях значимости $p < 0,05$ и $p < 0,01$.

Личностные особенности могут влиять на представления о своем состоянии, а также изменяться под воздействием времени.

Лица, которым свойственна неуравновешенность, обладают большей выраженностью негативных когнитивных оценок своего состояния,

свидетельствующих о депрессии ($r = 0,57$; $p < 0,05$). При этом, чем старше участник, тем меньшим уровнем эмоциональной неустойчивости он обладает, и, наоборот, молодые люди являются более склонными к импульсивности ($r = –0,51$; $p < 0,05$). Это объясняется тем, что возрастные пациенты адаптируются со временем к своему заболеванию и оно больше не вызывает бурных эмоций, в то время как у молодых болезнь может нарушать привычный уклад жизни.

Положительная взаимосвязь шкал «Педантичность» и «Стаж заболевания» ($r = 0,43$; $p < 0,05$) указывает на то, что продолжительное течение болезни повышает аккуратность, внимание к порядку, строгое следование плану. Вероятно, что развитие подобных черт может являться механизмом адаптации к сахарному диабету. Другим объяснением такой связи может быть то, что изначально высокий уровень педантичности помогает пациентам с диабетом лучше приспособиться к особенностям своей болезни.

Наиболее интересной является корреляция между экзальтированностью и личностной тревожностью, выявленная как в группе пациентов с диабетом, так и в группе без данного заболевания. Лица, склонные к быстрой сменяемости настроений и глубокому переживанию эмоций, более подвержены переживанию личностной тревожности. Возможно, что наличие сахарного диабета не является условием, влияющим на эту взаимосвязь. Вероятно, фактором, способным ее объяснить, становится схожесть выборок по личностным свойствам. Также на это указывает то, что достоверных различий между группами выявлено не было.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет сказать о том, что у пациентов с сахарным диабетом более часто встречается депрессивная симптоматика. Тревожные и депрессивные симптомы определенным образом взаимосвязаны с особенностями характера. Вероятно, происходящие при диабете эндокринные изменения могут влиять на уровень тревожно-депрессивных симптомов и усиливать определенные черты характера. Это может приводить к несоблюдению пациентами врачебных рекомендаций и ухудшать их состояние. Важным для будущих исследований становится изучение приверженности лечения у диабетических пациентов с учетом их тревожно-депрессивной симптоматики и личностных особенностей с целью осуществления медико-психологической помощи.

Литература

1. Basiri R. Exploring the Interrelationships between Diabetes, Nutrition, Anxiety, and Depression: Implications for Treatment and Prevention Strategies. / Basiri R., Seidu B., Rudich M. // Nutrients. 2023. Vol. 15 (19). P. 4226.

2. van der Feltz-Cornelis C. Treatment for comorbid depressive disorder or subthreshold depression in diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis. / van der Feltz-Cornelis C., Allen S.F., Holt R.I.G., Roberts R., Nouwen A., Sartorius N. // Brain and behavior. 2021. Vol. 11 (2).
3. Woon L.S. Depression, anxiety, and associated factors in patients with diabetes: evidence from the anxiety, depression, and personality traits in diabetes mellitus (ADAPT-DM) study. / Woon L.S., Sidi H.B., Ravindran A., Gosse P.J., Mainland R.L., Kaunismaa E.S., Hatta N.H., Arnawati P., Zulkifli A.Y., Mustafa N., Leong Bin Abdullah M.F. I. // BMC psychiatry. 2020. Vol. 20(1). P. 227.

Имплицитная модель «другой как объект» и уровень агрессии у людей с симптомами пограничного расстройства личности

Фомина А.А., Аршинова А.Д.
Санкт-Петербургский Государственный Университет
Санкт-Петербург, Россия
fomina_arina@bk.ru, arshinova.and@gmail.com

Ключевые слова: имплицитная модель, пограничное расстройство личности, агрессия, «другой как объект», макиавеллизм

Implicit Model of «The Other as Object» and the Level of Aggression in Individuals with Symptoms of Borderline Personality Disorder

Fomina A.A., Arshinova A.D.
Saint Petersburg State University, Russia
fomina_arina@bk.ru, arshinova.and@gmail.com

Keywords: implicit model, borderline personality disorder, aggression, «the other as object», Machiavellianism

Введение. Агрессия – один из наиболее острых и социально значимых феноменов, особенно в контексте личностных расстройств, среди которых пограничное расстройство личности (ПРЛ) занимает особое место [2]. Одним из факторов, связанных с агрессией, может выступать специфическая имплицитная модель восприятия другого человека как объекта, а не как субъекта.

Имплицитные модели – это неосознаваемые когнитивные схемы, определяющие интерпретацию социальной информации и поведенческие паттерны. Они могут включать автоматические установки, формирующиеся на протяжении жизни и активирующиеся в межличностных ситуациях [3]. При этом у людей с симптомами ПРЛ такие модели могут быть искажены под влиянием травматического опыта и нарушенного аффективного развития.

Важность исследования имплицитной модели «другой как объект» у лиц с симптомами ПРЛ обусловлена ее потенциальной связью с агрессией и макиавеллизмом.

Таким образом, данное исследование направлено на изучение особенностей агрессии и склонности к восприятию другого как объекта у лиц с симптомами ПРЛ с использованием как прямых, так и непрямых методов, включая имплицитные ассоциативные тесты.

Цель исследования: изучить отношение к другому как к объекту и уровень агрессии людей с симптомами пограничного расстройства личности, используя имплицитные модели (ИАТ и ГНАТ).

Гипотезы исследования. 1. У людей с симптомами ПРЛ будут больше выражены признаки агрессии и макиавеллизма. 2. Респонденты с симптомами ПРЛ будут отличаться от респондентов контрольной группы по параметрам имплицитной модели «другой как объект». Имплицитная модель «другой как объект» влияет на уровень агрессии и макиавеллизма у людей с симптомами ПРЛ.

Материал и методы. Для проведения эмпирического исследования были модифицированы имплицитные методики: «Go/No-go Association Task» для изучения имплицитных теорий романтических отношений и агрессии и «Implicit association test» (IAT) для изучения имплицитных теорий субъектов и объектов. Написаны компьютерные программы для проведения Go/No-go ассоциативного теста с условиями «романтические отношения-любовь» и «романтические отношения-агрессия» и для IAT с условиями «объект-прилагательные субъекта» и «субъект-прилагательные объекта». Ожидается, что в обеих методиках испытуемые продемонстрируют лучшие результаты в совместимых условиях. Более высокие значения указывают на большую автоматическую ассоциацию между понятиями.

Использовались также опросник для диагностики пограничного расстройства личности (краткая версия S-скрининг) Т.Ю. Ласовской, С.В. Яичникова, Ю.В. Сарычева, Ц.П. Короленко, опросник уровня агрессивности Басса–Перри (BPAQ-24) (адаптация С.Н. Ениколопов, Н.П. Цибульский, 2007), шкала «Макиавеллизм» (Р. Кристи, Ф. Гейс, адаптация В.В. Знакова).

Обработка результатов выполнялась с помощью описательных статистик, t-критерия Стьюдента, критерия U Манна-Уитни, линейного регрессионного анализа.

В исследовании приняли участие 61 человек, из них 17 мужчин (27,9%) и 44 женщин (72,1%) в возрасте от 18 до 43 лет (M = 25±5,17). В экспериментальную группу вошли 19 испытуемых, у которых выявились симптомы ПРЛ по скринингу Т.Ю. Ласовской и коллег [1].

Результаты. Большинство респондентов в экспериментальной группе отличаются высокими показателями общей агрессии (79%), макиавеллизма (63%) и быстроты реакции (61%). Среди субшкал

агрессии особенно высокий уровень выявился у физической агрессии, гнева и враждебности.

Сравнительный анализ показал значимые различия по всем показателям агрессии между основной и контрольной группами.

Установлено, что имплицитные модели восприятия другого как объекта (ИАТ и ГНАТ) оказывают влияние на уровень агрессии в экспериментальной группе, а в особенной степени на физическую агрессию: чем выше «объективация другого» и быстрота реакции, тем выше уровень агрессии. Возможно, именно искаженное восприятие других людей может быть одним из факторов, усиливающих агрессивные тенденции у людей с симптомами ПРЛ.

Также было установлено, что быстрота реакции ГНАТ и макиавеллизм связаны с повышенным уровнем враждебности, что может указывать на роль импульсивности. Макиавеллизм, в свою очередь, оказался значимо связан только с враждебностью.

По выборке выявлено отрицательное среднее значение балла ИАТ, что может отражать склонность воспринимать других скорее как объекты, чем как субъекты.

Выводы. Результаты эмпирического исследования подтвердили, что группа испытуемых с симптомами ПРЛ демонстрирует более высокий уровень агрессии и макиавеллизма по сравнению с контрольной группой. Имплицитная модель «отношение к другому как к объекту» оказывает значимое влияние на уровень агрессии, особенно физическую агрессию.

Первая гипотеза о повышенном уровне агрессии и макиавеллизма у лиц с симптомами ПРЛ полностью подтвердилась, а вторая гипотеза о влиянии имплицитной модели на агрессию и макиавеллизм – подтвердилась частично.

Полученные данные демонстрируют значимость неосознаваемых когнитивных установок в формировании агрессивного поведения и подчеркивают необходимость дальнейшего изучения имплицитных моделей как диагностического и интервенционного ресурса в клинической практике.

Литература

1. Ласовская Т.Ю., Короленко Ц.П., Яичников С.В. Опросник для диагностики пограничного личностного расстройства: достоинства и недостатки //Journal of Siberian Medical Sciences. 2013. № . 3. С. 3.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition). A P A, Washington, 1980.
3. Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L.K. Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test // Journal of Personality and Social Psychology. 1998. V. 74. No 6. P. 1464–1480.

Синхронность и асинхронность переживаний посттравматического стресса в диаде ребенок–родитель

Харламенкова Н.Е.
ИП РАН, Москва, Россия
harlamenkovane@ipran.ru

Ключевые слова: угрожающее жизни заболевание, посттравматический стресс, диада ребенок–родитель

Synchrony and asynchrony of posttraumatic stress experience in the child–parent dyad

Kharlamenkova N.E.
IP RAS, Moscow, Russia
harlamenkovane@ipran.ru

Keywords: life-threatening disease, posttraumatic stress, child–parent dyad

Введение. Угрожающее жизни заболевание ребенка кардинальным образом меняет привычный уклад жизни семьи, вызывает интенсивные переживания, одним из психологических последствий которых может стать посттравматический стресс. Согласно статистическим данным наиболее частым онкологическим заболеванием в детском возрасте является острый лимфобластный лейкоз [Мотохито К.М., 2022]. Сообщение врачом информации о диагнозе, страдания и переживания ребенка вызывают у родителей типичные для «ответа» на подобный стрессор реакции – интенсивный стресс, ужас, чувство беспомощности [Ferraz A., Santos M., Pereira M.G., 2024].

Родительская реакция на болезнь ребенка, однако, может быть разной. Известно, например, что одни родители могут в доступной для детей форме говорить с ними об их состоянии, а другие тщательно скрывают эту информацию от больного, от своих друзей и близких [Харламенкова Н.Е., и др., 2025].

Цель настоящего исследования – выявить наличие синхронности/асинхронности показателей посттравматического стресса (ПТС), связанного с тяжелой болезнью ребенка, в выборке детей и взрослых, а также

соотнести выявленные различия с представлением о ребенке до болезни и в период реабилитации.

Материал и методы. Участники исследования: дети с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (n = 19 чел., 9 мал. и 10 дев.) в возрасте 10–16 лет и их матери (средний возраст 46 лет). Семьи находились на реабилитации в лечебно-реабилитационном научном центре «Русское поле» (ФГБУ НМИЦ ДГОИ имени Д. Рогачева). Выбор респондентов осуществлялся в соответствии с исходными критериями (возраст детей, характер заболевания). Участие в исследовании подтверждалось получением согласия от родителей. В сборе данных принимали участие В.В. Елисеева и А.А. Кондратьева.

В исследовании использовали: Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИВППСД) [Тарабрина Н.В., 2007]; Родительскую анкету для оценки травматических переживаний детей [Тарабрина Н.В., 2007]; методику «Личностный дифференциал» (ЛД) (адаптирована сотрудниками психоневрологического института им. В.М. Бехтерева). Особое внимание уделялось анализу данных, полученных путем шкалирования взрослым таких объектов как «Мой ребенок сейчас» и «Мой ребенок до болезни». Шкалы методики ЛД: «Оценка» – самоуважение, привлекательность, «Сила» – способность к саморегуляции, волевые качества личности, «Активность» – экстравертированность [Бажин Е.Ф., Эткинд А.М., 1983].

Результаты: для деления участников исследования на подгруппы были рассчитаны медианные значения данных, полученных в ходе проведения с ребенком «Полуструктурированного интервью для выявления признаков посттравматического стресса…» (med = 33) и заполнения взрослым «Родительской анкеты для оценки травматических переживаний детей» (med = 18). В результате анализа данных были выделены три подгруппы респондентов: первая подгруппа детей и взрослых – с низкими значениями ПТС (n = 7), вторая подгруппа детей и взрослых – с высокими значениями ПТС (n = 4), третья подгруппа, в которой оценки детей и взрослых не совпадали (у детей – низкий / у взрослых – высокий и, наоборот, у детей – высокий / у взрослых – низкий ПТС) (n = 8). Уточним, что взрослые оценивали уровень ПТС у своих детей.

Для сопоставления различий в показателях методики «Личностный дифференциал» («Мой ребенок до болезни» и «Мой ребенок сейчас») использовали критерий Уилкоксона. Согласно полученным данным, в первой подгруппе респондентов все показатели ЛД статистически значимо снижались от оценок «Мой ребенок до болезни» к оценкам «Мой ребенок сейчас» (шкала «Оценка» – $T = 5$, $p<0,05$, шкала «Сила» – $T = 1,5$, $p<0,05$, шкала «Активность» – $T = 1$, $p<0,05$). В двух остальных

подгруппах различий выявлено не было. Этот факт свидетельствует о том, что синхронность низких оценок детей и взрослых по показателям ПТС выступает основой для более реалистичного восприятия родителем своего ребенка, понимания того, что его уверенность в себе, волевые качества и открытость миру закономерно претерпевают изменения.

Сравнение показателей шкал «Оценка», «Сила», «Активность» методики ЛД у взрослых разных подгрупп выявило интересную особенность: у респондентов первой и второй подгрупп различия между оценками «Мой ребенок до болезни» оказались статистически не значимыми ($p > 0,05$). Аналогичные результаты были получены при сопоставлении тех же показателей при оценке объекта «Мой ребенок сейчас». Данные третьей подгруппы не отличаются от результатов первых двух подгрупп при шкалировании объекта «Мой ребенок до болезни». Различия были выявлены при оценивании объекта «Мой ребенок сейчас». По сравнению с двумя первыми подгруппами третья приписывает ребенку более высокие значения по шкалам «Оценка» и «Активность». Объединение первых двух подгрупп между собой и сравнение их показателей с данными третьей подгруппы подтвердило этот результат: до болезни вся обследуемая выборка родителей ретроспективно воспринимает своих детей схожим образом, тогда как в период реабилитации («Мой ребенок сейчас») взрослые третьей подгруппы, характеризующейся асинхронностью оценок ПТС, приписывают своим детям более высокие баллы по шкале «Оценка» ($U = 9$, $p<0,01$, где U – критерий Манна-Уитни) и шкале «Активность» ($U = 14$, $p < 0,05$). Учитывая тот факт, что в первой подгруппе с синхронно низкими показателями ПТС, наблюдалось снижение всех данных ЛД при сравнении объектов «Мой ребенок до болезни» и «Мой ребенок сейчас», существенное увеличение оценок, приписываемых ребенку в настоящий момент, может рассматриваться как неадекватное желание родителя воспринимать его как не нуждающегося в социальной поддержке.

Вывод: вне зависимости от уровня посттравматического стресса, синхронность переживаний в диаде ребенок–родитель, вызванных стрессором угрожающее жизни заболевание, позволяет более реалистично и адекватно оценивать ребенка по показателям уверенности в себе, волевой регуляции и социальной активности.

Литература

1. Бажин Е.Ф., Эткинд, А.М. (сост.) Личностный дифференциал: методические рекомендации. Ленинград: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1983.
2. Мотохито К.М. (ред.), Карачунский Г.А., Новичкова Г.А. (пер. с англ., ред.). Острый лимфобластный лейкоз у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

3. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. М.: Когито-Центр, 2007.
4. Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А., Елисеева В.В., Кондратьева А.А. Психологические последствия сокрытия информации от ребенка, имеющего тяжелое онкологическое заболевание // Психология посттравматического стресса: методология, теория, практика / Отв. ред. Д.В. Ушаков, А.Л. Журавлев, А.В. Махнач, Н.Е. Харламенкова, Ю.В. Быховец. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2025. С. 586–593.
5. Ferraz A., Santos M., Pereira M.G. Parental distress in childhood acute lymphoblastic leukemia: A systematic review of the literature // Journal of Family Psychology. 2024. 38(1). P. 149–160. https://doi.org/10.1037/fam0001113

Опыт применения зеркальной терапии в реабилитации пациентов трудоспособного возраста с постинсультной плегией в области кисти

Хоменко К.М.
ГБУЗ «Южно-Сахалинская городская больница им. Ф.С. Анкудинова», г. Южно-Сахалинск, Россия
mekristina@inbox.ru

Ключевые слова: инсульт, нейропсихологический тренинг, зеркальная терапия, плегия кисти

The experience of using «mirror therapy» in stroke rehabilitation of the patients of working age

Khomenko K.M.
Yuzhno-Sakhalinsk City Hospital named after F.S. Ankudinov, Yuzhno-Sakhalinsk, Russia
mekristina@inbox.ru

Keywords: stroke, neuropsychological training, mirror therapy, hand surgery

Введение. Частота возникновения острых нарушений мозгового кровообращения (далее – ОНМК) растет во всем мире с каждым годом. Ежегодно около 470 тысяч человек переносят инсульт в России, и около 12,2 миллионов во всем мире. Нарушения двигательных функций вследствие инсульта – являются распространенной причиной утраты трудоспособности, инвалидизации и снижения продуктивности социального и бытового функционирования пациентов [1]. Особенно остро данная проблема затрагивает пациентов без интеллектуально-мнестического снижения трудоспособного возраста. Так по данным Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ) лишь 8 % пациентов, перенесших инсульт возвращаются к прежнему уровню жизни [3]. Таким образом, в рамках реабилитационных мероприятий следует применять наиболее широкий спектр методов восстановления утраченных функций, в том числе нейропсихологические методы, методы растормаживания

структурно сохранных, но функционально неактивных нейронных зон в моторных областях головного мозга [2], с целью снижения показателей инвалидизации населения и возвращения пациентов к трудовой деятельности.

В данной статье изложены результаты применения метода «зеркальной терапии» и нейропсихологического тренинга в реабилитации пациентов после инсульта с умеренно выраженным парезом руки и плегией в кисти правой руки.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 5 пациентов мужского пола, перенесших инсульт в бассейне правой СМА, средний возраст которых составлял ±52 года, с наличием умеренного пареза в правой руке и плегией в правой кисти с диагнозом «ОНМК. Ишемический инсульт в бассейне левой СМА. Лакунарный патогенетический вариант. Прозопарез справа, грубый парез в правой руке до плегии дистально». Диагноз установлен на основании компьютерной томограммы, обследования врача-невролога. Исследование и воздействие проводились в остром периоде инсульта (1–20 сутки). Пациенты получали стандартный курс медикаментозной коррекции, лечебной физической культуры, курс «зеркальной терапии» в сочетании с нейропсихологическим тренингом, психологической поддержкой. Для объективизации нарушения праксиса в правой кисти были проведены нейропсихологические диагностические пробы: проба на динамический праксис, праксис позы, реципрокную координацию, тест для руки Frenchy и шкалы щипкового и шарового захвата теста ARAT. Также для верификации ведущей руки был проведен опрос с помощью анкеты Аннет. В исследуемую группу не были включены пациенты, имеющие травматические повреждения руки, нарушение мнестико-интеллектуальных функций, психические заболевания, речевые нарушения, иные двигательные нарушения, синдром неглекта.

Пациенты ежедневно посещали занятия по нейропсихологическому тренингу в течение 20 дней. Каждое занятие длилось 30 минут в первой половине дня с нейропсихологом, а также дополнительно с закреплением выполняемой программы самостоятельно в течение дня. Программа включала в себя 3 основных этапа: установочный, основной, в ходе которого выполнялись нейропсихологические упражнения, и работа с предметами – включался в тренировочную программу с 5-го дня занятий, заключительный этап.

Статистический анализ результатов проводился с использованием программы StatTech v. 4.8.11 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Результаты. Проведенная программа нейропсихологического тренинга зеркальной терапии показала значимое улучшение двигательной функции правой руки и кисти. Правая рука у исследуемых была ведущей,

согласно результатам опросника Аннет. В начале исследования на установочной диагностике испытуемыми были продемонстрированы следующие показатели: ведущая рука – правая, абсолютные нарушения праксиса, способности к захватам в кисти правой руки. По истечению программы тренинга была проведена оценка динамики восстановления двигательной функции кисти. Согласно тесту для руки Frenchy испытуемые продемонстрировали увеличение мышечной силы и способности к выполнению простых бытовых действий пораженной рукой, набрав в среднем 3 балла из 5 возможных. Согласно шкале щипкового и шарового захвата средний балл группы составлял 13,4 и 12,8 баллов соответственно из 18 возможных. Средние баллы по пробе реципрокной координации – 4, позы пальцев – 2, динамическому праксису – 3,4 балла (из возможных 5-ти). В процессе прохождения тренинга улучшалась не только мобильности кисти и пальцев пораженной конечности, но и эмоциональный фон пациентов. Испытуемые демонстрировали высокую приверженность к реабилитационным мероприятиям, закрепляли результат с помощью самостоятельного повтора занятий в свободное время.

Выводы. Проведенное исследование доказало эффективность зеркальной терапии и нейропсихологического тренинга совместно с мероприятиями медикаментозной и физической реабилитации у пациентов с постинсультной плегией в кисти ведущей (правой) руки трудоспособного возраста. У участников исследуемой группы отмечена значимая динамика мобильности кисти, которая выражалась в частичном восстановлении способности осуществлять мелкомоторные действия, щипковый и шаровой захваты, частичное восстановление динамического и кинестетического праксиса, а также полное восстановление реципрокной координации. Значимо улучшились дифференциация и кординация движений пальцев при выполнении действий с предметами, что также способствует восстановлению трудовых функций пациентов и бытовых навыков.

Литература

1. Баулина М.Е., Варако Н.А., Зинченко Ю.П. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями праксиса при поражениях головного мозга различной этиологии // Национальный психологический журнал. 2023. № 1. С. 3–17.
2. Назарова М.А., Пирадов М.А., Черникова Л.А. Зрительная обратная связь – зеркальная терапия в нейрореабилитации // Технологии. 2012. № 4. С. 36–41.
3. Николаев В.А., Николаев А.А. Инсульт: статистика и динамика заболеваемости в России. Популяционное здоровье // Менеджер здравоохранения. 2025. № 6. С. 133–147.

Связь возраста начала обучения чтению с состоянием психических функций у детей и подростков 4–17 лет

Хохлов Н.А.
Институт психологии РАН, Москва, Россия
khokhlovna@ipran.ru

Ключевые слова: детская нейропсихология, дифференциальная нейропсихология, нейропсихологическая диагностика, нейропедагогика, функциональная межполушарная асимметрия

Association between the age at which reading instruction began and the state of mental functions in children and teenagers aged 4–17 years

Khokhlov N.A.
Institute of Psychology of RAS, Moscow, Russia
khokhlovna@ipran.ru

Keywords: child neuropsychology, differential neuropsychology, neuropsychological assessment, neuropedagogy, functional interhemispheric asymmetry

Введение. В отечественной нейропсихологии детского возраста распространено представление о том, что одни психические функции преимущественно обеспечиваются работой левого полушария мозга, а другие – правого [1; 2]. Акцент на «левополушарных» и «правополушарных» аспектах (ошибках, трудностях, стратегиях, стилях, типах) способствует восприятию межполушарных отношений как исключительно реципрокных. Возникают наивные нейропедагогические рекомендации, согласно которым для развития функций правого полушария необходимо ограничивать развитие функций левого, и наоборот. В частности, дефицит зрительно-пространственных функций связывается с избыточной активностью левого полушария, вызванной ранним обучением чтению. Между тем результаты зарубежных исследований скорее свидетельствуют против этого положения [4; 5].

Цель данной работы – выяснить, как возраст начала обучения чтению связан с состоянием психических функций у детей и подростков 4–17 лет.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 925 человек в возрасте от 4 до 17 лет включительно (средний возраст – 10,3±3,6 лет), из них 594 мальчика и 331 девочка. Участники исследования в 2014–2025 гг. по желанию родителей проходили нейропсихологическую диагностику в Центре тестирования и развития «Гуманитарные технологии» и Психологическом центре «Гальтон». Выборка соответствует статистической норме.

По результатам диагностики оценивалось состояние 18 психических функций и их характеристик, включая 4 бытовые функции (ориентация в пространстве, ориентация во времени, ориентация в собственной личности, адекватность отношения к обследованию), 14 когнитивных показателей (темп работы, внимание, энергетическое обеспечение психической деятельности, зрительный гнозис, зрительная память, конструктивно-пространственные функции, тактильный гнозис, акустический гнозис, речь, слухоречевая память, динамический праксис, мышление, регуляторные функции) и состояние эмоциональной сферы. Подробное описание нейропсихологических показателей дано в статье Н.А. Хохлова [3]. Использовалась 5-балльная система качественных оценок, которые впоследствии подвергались процентильной стандартизации с переводом в шкалу z-оценок (0±1).

Перед проведением обследования родителей спрашивали о том, в каком возрасте ребёнка начали учить читать. Результаты детей, которых не учили читать, в данной работе не использовались.

Результаты. Возраст начала обучения чтению варьировал от 3 до 108 месяцев, составляя в среднем 57,9±14,1 месяцев (медиана и мода – 60 месяцев).

Значимые корреляции были обнаружены для 11 диагностических показателей: ориентация в собственной личности ($r = –0,074$, $p = 0,024$), ориентация во времени ($r = –0,132$, $p < 0,001$), темп работы ($r = –0,116$, $p < 0,001$), внимание ($r = –0,085$, $p = 0,01$), энергетическое обеспечение психической деятельности ($r = –0,107$, $p = 0,001$), акустический гнозис ($r = –0,128$, $p < 0,001$), речь ($r = –0,137$, $p < 0,001$), слухоречевая память ($r = –0,103$, $p = 0,002$), динамический праксис ($r = –0,074$, $p = 0,024$), мышление ($r = –0,119$, $p < 0,001$), регуляторные функции ($r = –0,076$, $p = 0,021$). С учётом поправки Холма на множественные сравнения результаты с $p > 0,002$ могут быть случайными. Единственная положительная, но незначимая корреляция получена для конструктивно-пространственных функций ($r = 0,005$, $p = 0,874$). Среднее значение по 18 корреляциям составляет –0,075 и значимо ($p < 0,001$) отличается от 0.

Взаимодействие факторов возраста начала обучения чтению и возраста обследуемого на момент диагностики было обнаружено для речи

($p = 0,019$) и регуляторных функций ($p = 0,038$). Связь речи с возрастом начала обучения чтению перестаёт быть значимой с началом подросткового возраста. В отношении регуляторных функций связь слабеет к 12–13 годам, затем усиливается к 15–16 годам и вновь исчезает после 16 лет.

Выводы. Обнаружены слабые, но разнообразные связи возраста начала обучения чтению с результатами нейропсихологической диагностики. Чем раньше ребёнок начал учиться читать, тем выше уровень развития его психических функций. В наибольшей степени это касается речи, ориентации во времени, акустического гнозиса, мышления, темпа работы, энергетического обеспечения психической деятельности и слухоречевой памяти. За исключением речи и регуляторных функций, эффект не зависит от возраста обследуемого. Данных, свидетельствующих о негативном влиянии раннего обучения чтению на какую-либо психическую функцию, получено не было.

Выводы данного исследования не следует трактовать как призыв обучать детей чтению как можно раньше. Есть основания полагать, что успешность обучения чтению зависит от имеющегося уровня нейрокогнитивного развития. В частности, некоторые родители рассказывали, что ребёнка «не учили читать, а он сам научился», «сама просила научить читать», «один раз показали и сам начал складывать все слоги». Другие же, наоборот, прилагали большие усилия, но сталкивались с тем, что у ребёнка «не получалось», «было тяжело», «туго шло, потом резко нормально», «в 5 лет давалось сложно, начал нормально с 8 лет читать», «начали в 4 года, но реально с 6 лет начала читать», «в 5 лет трудно было соединять буквы», «начали с 3,5–4 лет, но сейчас (в 5 лет) знает только буквы», «начали с 5 лет, было трудно, научился в 6 лет в детском саду» и т.п. Таким образом, интерес ребёнка к обучению чтению может служить показателем его общего развития. Вероятно, в дальнейшем формируется циклическая взаимосвязь: исходный уровень нейрокогнитивного развития влияет на успешность освоения чтения, а сам процесс обучения, в свою очередь, стимулирует дальнейшее развитие психических функций.

Литература

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: Нейропсихологический подход. М.: Издательский центр «Академия», 2015. 288 с.
2. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. 5-е изд., испр. и доп. М.: Генезис, 2013. 319 с.
3. Хохлов Н.А. Нейропсихологические профили групп профессий, построенные методом экспертных оценок // Научное отражение. 2019. № 1 (15). С. 42–48.

4. Kershner J.R. Visual-Spatial Organization and Reading: Support for a Cognitive-Developmental Interpretation // Journal of Learning Disabilities. 1975. Vol. 8 (1). P. 30–36. DOI: 10.1177/002221947500800109
5. McBride-Chang C. et al. Visual spatial skill: A consequence of learning to read? // Journal of Experimental Child Psychology. 2011. Vol. 109 (2). P. 256–262. DOI: 10.1016/j.jecp.2010.12.003

Зейгарник: интеграция классики в современный контекст понимания мышления при шизофрении

Чередникова Т.В.
СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер Фрунзенского района», Санкт-Петербург, Россия
tvchered01@inbox.ru

Ключевые слова: шизофрения, нарушения мышления

Zeigarnik: Integrating the Classics into the Modern Context of Understanding Thinking in Schizophrenia

Cherednikova T.V.
St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution «Psychoneurological Dispensary of the Frunzensky District» St. Petersburg, Russia
tvchered01@inbox.ru:

Keywords: schizophrenia, thought disorders

Вклад Блюмы Вольфовны Зейгарник в отечественную патопсихологию является значительным. Он заключается, прежде всего, в непреходящей ценности ее исследований патофеноменологии мышления, представленных блестящими клиническими наблюдениями, а также в попытке классификации нарушений мышления и разработке метода их качественного анализа в индивидуальном психологическом эксперименте. Этот подход способствовал углублению понимания механизмов нарушений мышления и определению их специфики при различных психических расстройствах. Вместе с тем, в этом наследии сохраняется ряд аспектов, требующих дальнейшей разработки и уточнения для обеспечения непрерывности научного прогресса.

Так, не все нарушения мышления, выделенные Б.В. Зейгарник [1], получили исчерпывающие и однозначные определения, т.к. нередко представлены только иллюстрацией ярких примеров, что может приводить к их неоднозначным интерпретациям. В частности, таким образом в работах Б.В. Зейгарник приводится описание около двадцати

конкретных видов нарушений мышления, среди них: расстройство ассоциаций, резонерство, вычурность, разноплановость, нелепость, алогизм, неадекватность, сближение связей, разорванность, непонятность речи, претенциозность, неологизмы и другие.

Во-вторых, предложенный перечень патофеноменов мышления не является исчерпывающим. В отдельных зарубежных классификациях насчитывается более ста нарушений мышления, а в авторском исследовании шизофренического мышления было зафиксировано свыше трехсот [2]. Для расширения понимания патологии мышления и повышения чувствительности дифференциальной диагностики представляется необходимым расширение списка Б.В. Зейгарник. Особенно это актуально в контексте лекарственного патоморфоза шизофрении и увеличения числа пограничных психических расстройств, когда на первый план выходят стертые и маскированные формы нарушений мышления, зачастую проявляющиеся в языковых аномалиях [2, 3, 4, 5], которым в работах Б.В. Зейгарник уделено недостаточно внимания.

В-третьих, классификация патологического мышления, разработанная Б.В. Зейгарник, также требует дальнейшего переосмысления. В частности, отнесение целого ряда патофеноменов мышления к определенному классу расстройств представляется недостаточно обоснованным. Например, Б.В. Зейгарник относит к последствиям искажения процесса обобщения четыре вида расстройства ассоциаций, включая эхолалии, ответы по созвучию, речевые штампы и экстрасигнальные ассоциации [1]. Однако, эти нарушения могут быть связаны не столько с искажением процесса обобщения, сколько с расстройствами внимания, ассоциативных процессов памяти или произвольной регуляции. Так, ответы по созвучию, возможно, вообще не связаны с сознательными операциями обобщения, представляя собой непроизвольную словесную реакцию. Тем не менее, эти и другие предположения требуют научной верификации посредством экспериментальных данных. В современных научных исследованиях для проверки валидности разрабатываемых классификаций нарушений мышления применяются методы математико-статистического анализа, в том числе факторного анализа [2, 4, 5].

В-четвертых, несмотря на значимость многоаспектного подхода Б.В. Зейгарник к исследованию патологии мышления, объяснение детерминации этих расстройств вызывает вопросы. Является ли нарушение только одной умственной операции, в частности, обобщения, или, тем более, мотивационного компонента процесса мышления, достаточным основанием для возникновения всех, или большей части, наблюдаемых патофеноменов мышления? Б.В. Зейгарник убедительно продемонстрировала, что специфическим расстройством мышления при шизофрении

является не снижение понятийного мышления, а его искажение [1]. Вместе с тем, без должного внимания осталась операция конкретизации, являющаяся парной к обобщению, а также две другие базовые операции мышления, к которым Л.М. Веккером отнесены сравнение по сходству-различию и анализ-синтез. Все эти операции нарушаются при патологии мышления [2]. В дополнение к этому, выделив операциональные расстройства мышления (наряду с динамическими и регуляционными), Б.В. Зейгарник предприняла попытку связать часть нарушений мышления с расстройствами мотивационного компонента личности. Она представила патогенетический механизм расстройств мышления при шизофрении как многоступенчатый процесс, опираясь на деятельностный подход в психологии (Выготский, Рубинштейн, Леонтьев, Анохин). В рамках этого подхода нарушения мотивации, в частности, иерархии мотивов, отражающей структуру личности, рассматривались как возможные причины расстройств мышления. Искажение социальных отношений при аутизме больных шизофренией, в свою очередь, могло приводить к нарушению иерархии мотивов. Вместе с тем, такая многоступенчатость затрудняет определение ключевых звеньев и причинно-следственных связей, а также не раскрывает конкретные механизмы влияния нарушений мотивации и искажения социальных отношений на мыслительные процессы.

Несмотря на это, теория Б.В. Зейгарник получила широкое признание и эмпирическую поддержку в работах ее сотрудников (Холмогоровой, Мазур, Соколовой, Коченова, Николаевой), изучавших влияние мотивационных нарушений на снижение психической активности и регуляцию процессов внимания, памяти, мышления, а также на механизмы опосредования и целеобразования у больных шизофренией. Однако объяснить все многообразие нарушений мышления при шизофрении исключительно снижением психической активности личности и нарушениями саморегуляции мышления, в связи с искажениями социальной мотивации больных, представляется сложным. В зарубежной литературе существуют данные, указывающие на корреляции между нарушениями нейрональных механизмов мотивационных структур и дезорганизацией мышления, а также его позитивными расстройствами при шизофрении [5]. Тем не менее эти нарушения не рассматриваются как единственный, главный или причинный механизм всех разнообразных расстройств мышления, которые объясняются в рамках парадигмы когнитивной [2, 4] и нейробиологической полидетерминации [3]. С этих позиций, концепция Б.В. Зейгарник, по-видимому, требует пересмотра некоторых наиболее уязвимых положений, а также дальнейшей разработки её ценного наследия и перспективных идей.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учебное пособие. 2-е изд. М.: ЭКСМО, 2008. 363 с.
2. Чередникова Т.В. Нарушения мышления при шизофрении: феноменология, теории, исследования. М.: Академический проект, 2024. 399 с.
3. Andreasen N.C. Brave New Brain: Concuering Mental Illness in the Era of Genome. New York: Oxford University Press. 2001. 368 p.
4. Harrow M., Quinlan D. Disordered thinking and schizophrenic psychopathology. New York: Gardner Press, 1985. 461p.
5. Kircher T.T., Liddle P.F., Brammer M.J., Williams S.C.R., Murray R.M., McGuire P.K. Neural Correlates of Formal Thought Disorder in Schizophrenia. Preliminary Findings from a Functional Magnetic Resonance Imaging Study // Arch. Gen. Psychiatry. 2001. Vol. 58 (8). P. 769–774.

Взаимосвязь личностных особенностей и копинг-стратегий у пациентов гастроэнтерологического профиля

Чернова Е.Н., Лазюк И.В.
ФГБОУ ВО НГМУ, Новосибирск, Россия
lizka300404@gmail.com

Ключевые слова: гастроэнтерологические заболевания, личностные особенности, копинг-стратегии, тревожность, психосоматика

Correlations of personality traits and coping strategies in gastroenterological patients

Chernova E.N., Lazyuk I.V.
FSBEI of HE NSMU, Novosibirsk, Russia
lizka300404@gmail.com

Keywords: gastroenterological diseases, personality traits, coping strategies, anxiety, psychosomatics

Введение. Согласно статистическим данным, за 2023 год смертность от патологии желудочно-кишечного тракта заняла третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В большинстве случаев у пациентов гастроэнтерологического профиля врачами-гастроэнтерологами не распознаются симптомы расстройств настроения и других психических нарушений, а 40–90% пациентов с психологическими проблемами не получают надлежащих медицинских услуг и лечения. В текущих условиях одной из самых важных и трудных задач становится идентификация индивидуальных типологических черт пациентов и анализ их реакций на соматическую патологию, оценка их состояния и способов преодоления стрессового фактора. В силу ограниченных знаний в данной области, врачи упускают психосоматическую природу патологии пациента, что может приводить к хронизации процесса или рецидивирующему течению.

Целью настоящего исследования является выявление взаимосвязей между личностными особенностями пациентов гастроэнтерологического профиля и способами их совладающего поведения.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели мы выбрали следующий набор методик: для выявления личностных особенностей –Фрайбургский личностный опросник (FPI) и «Определение уровня тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, для оценки копинг-стратегий – «Копинг-тест» Р. Лазаруса и С. Фолкмана.

Для проведения исследования было опрошено 40 испытуемых. Из общей выборки нами было выделено 2 группы: 20 пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, пребывающих в стационаре ГБУЗ НСО «ГКБ № 1» и 20 лиц без заболеваний гастроэнтерологического профиля. Средний возраст лиц в данных выборках составил 62,4±12,7 лет в экспериментальной группе и 56,25±11,6 лет в контрольной.

Результаты исследования. Наиболее ярким результатом при исследовании личностных особенностей пациентов гастроэнтерологического профиля оказалось выраженное проявление характеристик по шкале «Невротичность». Респонденты с гастроэнтерологическими патологиями в большей мере (6,8±1,61) склонны проявлять астению в отношении событий, низкое самоуважение, а также возможные значительные вегетативные и психосоматические нарушения. Также лица с заболеваниями гастроэнтерологического профиля в большей мере характеризуются эмоциональной неустойчивостью, аффективным реагированием на стрессовые события, проявлением тревоги, что выражено в характеристиках шкалы «Раздражительность» (6,2±2,28).

При анализе личностной и ситуационной тревожности у пациентов с гастроэнтерологической патологией, были выявлены различия между группами по шкале «Личностная тревожность» ($p = 0,024$). В экспериментальной группе (52,35±7,15) наблюдается большая выраженность данного признака в сравнении с проявлением признака в контрольной группе (47±1,7), что может свидетельствовать о генерализованном восприятии жизненных событий респондентами как стрессовых, несущих угрозу, что может нарушать уровень адаптации и жизнестойкости. Возможно, повышение уровня личностной тревожности связано с выбором неадаптивных стратегий совладания со стрессом, в частности реагирования на ситуацию болезни.

Исследование взаимосвязей личностных особенностей и копинг-стратегий пациентов гастроэнтерологического профиля выявило статистически значимые корреляции между показателем невротичности пациентов с заболеваниями ЖКТ и принятием ответственности ($r = 0,607$; при $p < 0,01$) и положительной переоценкой ($r = 0643$; при $p < 0,01$). Чрезмерное применение данной стратегии вызывает чувство вины, приводит к выраженной самокритичности, накоплению усталости. В свою очередь, возникающий у личности на этом фоне неврастенический

конфликт, характеризующийся завышенными требованиями и ожиданиями к себе, а также недостатком ресурса для соответствия данной планке, может заставить прибегнуть к стратегии положительной переоценки. Данная копинг-стратегия так же является адаптивной, однако, в большей мере, не направлена на активное решение трудностей, что выгодно пациентам со спецификой их заболевания.

Также была обнаружена прямая взаимосвязь между депрессивностью и стратегией бегства-избегания у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта ($r = 0,568$; при $p < 0,01$). Бегство от проблем выражено стремлением уйти от проблемы путём переориентации на другую деятельность, ухода в мир фантазий, уклона от ответственности. Причём отсутствие прямого соприкосновения с проблемой не способствует улучшению эмоционального состояния, снятию стресса и напряжения, а наоборот, повышает показатели депрессивности, ухудшает настроение, повышает уровень апатии.

Была обнаружена положительная корреляция между раздражительностью и стратегией конфронтации у лиц с патологией гастроэнтерологического профиля ($r = 0,528$; при $p < 0,01$). Повышение уровня раздражительности связано с использованием конфронтации по отношению к проблеме. На этом фоне происходит накопление негативных эмоций, увеличивается уровень агрессивности и конфликтности по отношению к себе и к людям.

Выводы

1. В результате исследования личностных особенностей был выявлен средний уровень выраженности черт у групп с заболеваниями ЖКТ и без них. Выявлены статистически значимые различия по шкалам «Невротичность» ($p = 0,003$), «Раздражительность» ($p = 0,001$), «Экстраверсия-Интроверсия» ($p = 0,005$).
2. Высокие показатели по выраженности ситуационной тревожности в большей мере проявились в группе пациентов гастроэнтерологического профиля, однако различия не имеют статистической значимости. Высокий уровень выраженности личностной тревожности проявился так же в группе лиц с заболеваниями ЖКТ, при этом выявлена тенденция к статистически значимым различиям с показателями контрольной группы ($p = 0,024$).
3. В группе пациентов гастроэнтерологического профиля самой предпочтительной стратегией оказалось «Бегство-избегание» ($54,2 \pm 2,28$). Предпочтительных стратегий в контрольной группе выявлено не было. Выявлена тенденция к достоверным различиям между группами по шкале «Бегство-избегание» ($p = 0,015$).

4. Обнаружены статистически значимые ($p < 0,01$) положительные взаимосвязи между шкалами «Невротичность» и «Принятие ответственности» и «Положительная переоценка». Также прямые взаимосвязи выявлены между шкалами «Спонтанной агрессивности» и «Ситуационной тревожности», «Депрессивности» и «Бегства-избегания», «Раздражительности» и «Конфронтации», «Эмоциональной лабильности» и «Ситуационной тревожности» и «Личностной тревожности».

Орторексия как методологический вызов клинической психологии

Шахова А.В.
Центр фундаментальной и консультативной персонологии департамента психологии факультета социальных наук НИУ ВШЭ, Москва, Россия
ashakhova@hse.ru

Ключевые слова: нервная орторексия; методология, диагностические критерии, расстройства пищевого поведения, обсессивно-компульсивное расстройство

Orthorexia as a Methodological Challenge in Clinical Psychology

Shakhova A.V.
Center for Fundamental and Consultative Personology, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, HSE University (National Research University Higher School of Economics), Moscow, Russia
ashakhova@hse.ru

Keywords: orthorexia nervosa, methodology, diagnostic criteria, eating disorders, obsessive–compulsive disorder

Введение. Современная клиническая психология сталкивается с появлением новых феноменов на стыке культурных практик (таких как тенденции к ведению здорового образа жизни и придерживание различных диет, основанных на отказе или, наоборот, предпочтении тех или иных продуктов) и психопатологии, что требует строго обоснованных критериев и валидных измерений. В качестве примера будет рассмотрена нервная орторексия (НО): обсессивная озабоченность «здоровым» питанием, сопровождаемая дистрессом и нарушением функционирования [Dunn T.M., Bratman S., 2016]. Нозологические границы НО остаются неопределенными: феномен расположен на пересечении расстройств пищевого поведения (нервная анорексия, НА) и обсессивно-компульсивного спектра (ОКР). Триадная модель интерпретации НО–НА–ОКР задает теоретическую рамку для анализа сочетания перфекционизма, тревожности и когнитивной ригидности при специфическом фокусе на «качестве» пищи

[Koven N.S., Abry A.W., 2015]. Длительное отсутствие единого стандарта привело к кризису измерения: мета-анализ показал завышенные оценки распространенности НО при использовании ORTO-15 (порядка 27,5% в сводной выборке), что указывает на психометрические ограничения инструмента и неоднородность порогов [López-Gil J.F. et al., 2023]. Дополнительно, сила связи НО с симптомами ОКР систематически зависит от поколения шкал, что требует осторожной интерпретации данных ранних исследований [Huynh P.A. et al., 2024]. Поворотной точкой стал международный консенсус по определению и критериям НО, предложивший согласованные диагностические признаки и ориентиры для дальнейшей валидации [Donini L.M. et al., 2022].

Цель работы – представить дизайн исследования предикторов НО, выстроенный в соответствии с современными методологическими требованиями с учетом реально используемых отечественных адаптаций психодиагностических методик.

Материал и методы. Тип исследования: поперечное корреляционное исследование с построением прогностической модели выраженности орторексических тенденций и связанного с ними дистресса/нарушения функционирования.

Выборка: планируется сформировать неклиническую выборку из общей популяции молодежи 18–35 лет (по G-Power N = 200). В силу того, что НО до сих пор не включена в МКБ-11 или DSM–V-TR и находится в поле феномена, мы не можем говорить о строго клинической выборке; однако, особый интерес представляют респонденты с показателями НО по ORTO-15 выше среднего (26–45 баллов по тесту).

Критерии включения: добровольное информированное согласие, возраст 18–35 лет, высокая выраженность орторексических установок по результатам первичного скрининга. Критерии исключения: наличие медицинских показаний к лечебным диетам, психотические симптомы, требующие немедленной клинической помощи.

Процедура: применяется двухэтапная процедура отбора с последовательным сужением выборки. Этап № 1 (скрининг): ORTO-15 (русскоязычная адаптация) для первичного выявления лиц с выраженными орторексическими установками с целью обеспечения чувствительности на этапе широкого охвата [López-Gil J.F. et al., 2023] и часть диагностики по следующим параметрам – депрессия, социальная ангедония, аддиктивное поведение, ургентная зависимость, трудоголизм.

Этап № 2 (дальнейшая диагностика – нарциссизм и зависимость от социальных сетей – и оценка предикторов): операционализация НО в соответствии с критериями, включающими фиксацию орторексических убеждений/поведения, дистресса и клинически значимого нарушения функционирования [Donini L.M. et al., 2022].

Инструментарий (факторы-предикторы, отечественные адаптации):

Нарциссические черты личности (опросник «Нарциссические черты личности»); социальная ангедония (RSAS); выраженность депрессивных проявлений (Шкала депрессии Бека, BDI); аддиктивный спектр (четыре индикатора): общая диагностика аддиктивного поведения, опросник ургентной аддикции (Urgency Addiction Index), зависимость от социальных сетей (надежный валидный опросник зависимости от социальных сетей), трудоголизм (опросник трудоголизма Б. Киллинджер).

Из этих методик формируются латентные предикторные домены:

1. Внутренняя дистресс-ось (BDI).
2. Дефицит социального вознаграждения/социальное отстранение (RSAS).
3. Нарциссические черты (отдельный латентный фактор).
4. Компульсивно-аддиктивный кластер с индикаторами: общая аддикция, ургентная аддикция, зависимость от соцсетей, трудоголизм.

Выводы (резюме).

1. НО демонстрирует типовой цикл формирования клинико-психологического конструкта: от клинических описаний [Dunn T.M., Bratman S., 2016] через теоретическое рамкирование [Koven N.S., Abry A.W., 2015] и консенсус критериев [Donini L.M. et al., 2022] к критической переоценке инструментов [López-Gil J.F. et al., 2023; Huynh P.A. et al., 2024].
2. Прежняя методологическая уязвимость – зависимость результатов от инструментария и порогов – адресуется двухэтапной процедурой.
3. Отечественные адаптации ряда методик (нарциссизм, социальная ангедония, депрессия, многомерный аддиктивный кластер) позволяет построить интегративную прогностическую модель НО.
4. Такой дизайн повышает воспроизводимость и практическую применимость результатов, создавая основу для клинически релевантной стратификации риска и дальнейших интервенций.

Литература

1. Donini L.M.; Barrada J.R.; Barthels F. [et al.]. A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa // Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2022. Vol. 27, No. 8. P. 3695–3711. DOI: 10.1007/s40519-022-01512-5
2. Dunn T.M.; Bratman S. On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria // Eating Behaviors. 2016. Vol. 21. P. 11–17. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
3. Huynh P.A.; Miles S.; de Boer K. [et al.]. A systematic review and meta-analysis of the relationship between obsessive-compulsive symptoms and symptoms of proposed orthorexia nervosa: the contribution of assessments //

European Eating Disorders Review. 2024. Vol. 32, No. 2. P. 257–280. DOI: 10.1002/erv.3041
4. Koven N.S.; Abry A.W. The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015. Vol. 11. P. 385–394. DOI: 10.2147/NDT.S61665
5. López-Gil J.F.; Tárraga-López P.J.; Hershey M.S. [et al.]. Overall proportion of orthorexia nervosa symptoms: a systematic review and meta-analysis including 30 476 individuals from 18 countries // Journal of Global Health. 2023. Vol. 13. Art. 04087. DOI: 10.7189/jogh.13.04087

Особенности поведения у пациентов с шизофренией в конфликтных ситуациях

Швецова К.А., Филоненко Е.В.
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия
schwetskris06@gmail.com

Ключевые слова: шизофрения, конфликтное поведение, когнитивные искажения

Peculiarities of schizophrenic patients' behavior in conflict situations

Shvetsova K.A., Filonenko E.V.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
schwetskris06@gmail.com

Keywords: schizophrenia, conflict behavior, cognitive distortions

Введение. Достижению ремиссии у больных шизофренией, как подтверждают многочисленные научные работы, способствует улучшение их социальной сферы [Aikawa S. et al., 2018]. Для разработки психокоррекционных программ, целью которых является повышение качества межличностных отношений лиц с шизофренией, необходимо изучение повседневного поведения пациентов в конкретных контекстах, таких как трудовая активность, воспитание детей, построение любовных отношений, разрешение межличностных конфликтов и других [Рычкова О.В., 2023].

Интересно, что тема поведения больных шизофренией в ситуации конфронтации имеет огромный пробел как в зарубежной, так и в отечественной литературе. Фактически единственным источником, касающимся особенностей конфликтного поведения при шизофрении, остается работа Aaron Beck et al., датируемая 2009 годом, что подчеркивает недостаточную изученность данной темы в современной литературе. Согласно имеющейся информации, стиль поведения в конфликте зависит от когнитивных искажений. К примеру, свойственная пациентам когнитивная ошибка «персонализация» формирует тенденции к избеганию решения неприятного вопроса, что, очевидно, снижает социальное функционирование [Beck A.T. et al., 2009]. Исходя из вышесказанного, следует более тщательно изучить вопрос взаимосвязи между

когнитивными искажениями и стилями поведения в ситуации конфликта у лиц, страдающих шизофренией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 10 испытуемых (7 мужчин и 3 женщины), средний возраст которых составил 28,8±10,85 лет. Участники являются пациентами Государственной Новосибирской клинической психиатрической больницы № 3 с различными формами шизофрении (параноидной, недифференцированной, простой) и длительностью заболевания от 2 месяцев до 15 лет.

Для выявления преобладающих стилей поведения в конфликте был использован «Опросник стилей поведения в конфликте» (К. Томас и Р. Килманн). Исследование когнитивных ошибок осуществлялось с применением «Опросника когнитивных ошибок» (А. Фриман и Р. Девульф). Анализ данных проводился с использованием корреляционного анализа Спирмена.

Результаты. Анализ корреляционных связей исследуемых переменных показал взаимосвязи такого стиля поведения в конфликте, как избегание, с когнитивными ошибками. Отрицательная взаимосвязь высокой силы была обнаружена между шкалами «Избегание» и «Чтение мыслей» ($r = –0,83$, $p \leq 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что чем больше человек приписывает окружающим определенные мысли, не имея при этом фактов, соответствующих действительности, тем меньше он склонен избегать конфронтации.

Шкала «Избегание» имеет отрицательную взаимосвязь средней силы с когнитивной ошибкой «Гипернормативность» ($r = –0,65$, $p \leq 0,05$). Было выявлено, что чем больше выражена склонность человека к излишнему следованию установленным правилам и нормам, тем меньше он использует стратегию избегания при решении конфликтов.

Также корреляционный анализ выявил положительную взаимосвязь умеренной силы между стилем поведения в конфликте «Приспособление» и когнитивной ошибкой «Гипернормативность» ($r = 0,65$, $p \leq 0,05$). Данные результаты сообщают, что чем выше уровень приверженности к строгому соблюдению правил, тем больше человеку свойственен стиль приспособления в ситуации конфронтации**.**

Резюме. Изучение поведенческих особенностей пациентов с шизофренией в условиях межличностного конфликта является значимым направлением научного поиска в клинической психологии. Важность данной темы обусловлена тем, что конфликтное взаимодействие отражает специфику одной из сфер межличностного взаимодействия больных, улучшение качества которой, в свою очередь, представляет собой один из ключевых прогностических критериев достижения ремиссии. С учетом имеющихся данных, могут быть разработаны психокоррекционные программы для устранения когнитивных искажений и изменения

дезадаптивных стилей поведения, что будет способствовать повышению уровня социального функционирования больных шизофренией.

Литература

1. Aikawa S., Kobayashi H., Nemoto T., Matsuo S., Wada Y., Mamiya N., Yamaguchi T., Katagiri N., Tsujino N., Mizuno M. Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis // Psychiatry Research. 2018. С. 94–100.
2. Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P. Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy. Guilford Press, 2009. С. 108–123.
3. Рычкова О.В. Нарушения социальных навыков и социального поведения при шизофрении (анализ подходов для обоснования интервенций) // Социальная и клиническая психиатрия. 2023. С. 100–109.

Особенности самоотношения у детей с ограниченными возможностями здоровья

Шевлякова Д.Д., Лазюк И.В.
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия
sevlakovadara296@gmail.com

Ключевые слова: самоотношение, самооценка, социализация, половозрастная идентификация, дети с ограниченными возможностями здоровья

Peculiarities of self-attitude in children with disabilities

Shevlyakova D.D., Lazyuk I.V.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
sevlakovadara296@gmail.com

Keywords: self-attitude, self-esteem, socialization, gender and age identification, children with disabilities

Введение. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – особая категория детей, имеющих проблемы в физическом, умственном или психическом развитии. Сейчас в Российской Федерации проживает около 29 миллионов детей, из них детей с ОВЗ в возрасте от 7 до 17 лет более 1,15 миллионов и около 0,5 миллионов детей с ОВЗ в учреждениях дошкольного образования [1].

Теоретические основы отношения личности к себе, как аффективной составляющей, были заложены И.И. Чесноковой, которая определила «эмоционально-ценностное самоотношение» как специфический вид эмоционального переживания, возникающего в результате процесса познания личностью самой себя [3].

Отношение человека к себе включает такие психологические категории как самооценка, самоуважение, самопринятие, самоуверенность, чувство собственного достоинства [2]. Качество самоотношения оказывает влияние как на адаптацию индивида к своему положению, так и на реабилитационный процесс, способствуя ему или затрудняя его. Поэтому исследование самоотношения является актуальным и необходимым в рамках социализации детей с ОВЗ. Разработке данного вопроса

посвятили свои работы Р. Бернс, А.М. Колышко, И.С. Кон, В.С. Мухина, С.Р. Пантелеев, Н.И. Сарджвеладзе, Е.Т. Соколова, В.В. Столин, И.И. Чеснокова и многие другие.

Материалы и методы. Для проведения исследования было опрошено 30 детей, из которых 15 женского пола и 15 мужского. Из общей выборки нами было выделено 2 группы: дети, имеющие статус ОВЗ (15 человек); дети, не имеющие статуса ОВЗ, условно здоровые (15 человек). Средний возраст в выборке детей с ОВЗ составил 10,5±0,2, в выборке детей условно здоровых – 9,8±0,5. Исследование было проведено на базе МБУ «Центр социальной помощи семье и детям «Заря»», г. Новосибирск.

Для выявления необходимых для исследования параметров применялись следующие методики: методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (в адаптации А.М. Прихожан, 1988 г.), методика И.Л. Соломина «Цветовые метафоры» (1996 г.), методика А.М. Прихожан и З. Василяускайте «Нарисуй себя» (1975 г.); методика Н.Л. Белопольской «Половозрастная идентификация» (1995 г.).

Для оценки достоверности различий между группами использовался непараметрический критерий различий для несвязанных выборок U–Манна–Уитни. Для сравнения двух выборок по частоте встречаемости качественных показателей в группах использовался точный критерий Фишера.

Результаты. Анализируя результаты исследования, мы получили возможность сделать следующие выводы. Параметры самооценки исследуемых групп обладают сходным уровнем по всем шкалам. Статистически значимых различий по параметрам самооценки в группах детей с ОВЗ и условно здоровых выявлено не было. Были выявлены статистически значимые различия в уровне притязаний у детей с ОВЗ и условно здоровых. Для детей с ОВЗ характерен более низкий уровень притязаний по шкале «Умственные способности» (73,46 ± 19,87) в сравнении с уровнем притязаний условно здоровых детей по этой же шкале (92,4 ± 11,77). Для детей с ОВЗ характерен меньший уровень притязаний по шкале «Авторитет у сверстников» (74,46 ± 23,69) в сравнении с уровнем притязаний условно здоровых детей по этой же шкале (90,06 ± 16,51).

По результатам исследования самоотношения у детей с ОВЗ было выявлено, что для них характерно отсутствие изображения глаз на лице или некачественная их прорисовка (86,7%). Дети, относящиеся к группе условно здоровых, в большинстве случаев на рисунке себя четко изображают глаза (53,3%). Для детей, имеющих статус ОВЗ, характерна прорисовка жирного контура у фигуры человека (66,7%). У условно здоровых детей в большинстве случаев контур фигуры соответствует нормальному (80%). При исследовании самоотношения не было выявлено статистически значимых различий в уровне удовлетворения базовых

потребностей и ориентации на будущее между группами детей с ОВЗ и условно здоровых.

При исследовании половозрастной идентификации у детей с ОВЗ и условно здоровых статистически значимых различий выявлено не было. В группе детей с ОВЗ 66,7% правильно идентифицировали свой настоящий возраст, 80% правильно идентифицировали свое настоящее и будущее. В группе условно здоровых детей 100% испытуемых правильно идентифицировали свое настоящее, прошлое и будущее.

В результате исследования было выявлено, что самоотношение детей с ОВЗ не характеризуется более низким уровнем самооценки в сравнении с условно здоровыми детьми. Однако для детей с ОВЗ характерен более низкий уровень притязаний в сравнении с условно здоровыми в сфере умственных способностей, а также в отношении группового взаимодействия и стремления к лидерским позициям.

Выводы. Дети с ОВЗ демонстрировали более низкую контактность и открытость окружающим, чем условно здоровые дети. В данной группе был более выражен компонент защитного поведения, тенденции к депрессивности и пониженного тонуса, что не было отмечено при исследовании группы условно здоровых детей. Не было выявлено значимых различий в уровне удовлетворения базовых потребностей и ориентации на будущее.

Различия между группами в особенностях половозрастной идентификации также не оказались достоверными. Не было выявлено значимых особенностей половозрастной идентификации в группе детей с ОВЗ по сравнению с условно здоровыми.

Таким образом, мы можем сказать, что самоотношение детей с ОВЗ не отличается в значительной степени от самоотношения здоровых детей. Некоторые расхождения, обнаруженные в нашем исследовании, требуют своего подтверждения на более многочисленной выборке.

Литература

1. Добровольский Ю.А. Причины увеличения детей с ОВЗ / Ю.А. Добровольский, А.А. Токарев // Теория и практика современной науки. 2018. № 12. С. 626–633.
2. Дробышевская Н.Ю. Понятие самоотношения в современной психологии / Н.Ю. Дробышевская // Исследования молодых ученых. 2021. С. 12–15.
3. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии / И.И. Чеснокова // Nauka. 1977. С. 144.

Сознание – модус бытия в качестве человека

Шеманов А.Ю.
МГППУ, Москва, Россия
ShemanovAYu@mgppu.ru

Ключевые слова: сознание, модус бытия, Б.В. Зейгарник, С.Л. Рубинштейн, Л.С. Выготский

Mind is a mode of being as a human

Shemanov A.Yu.
MSUPE, Moscow, Russia
ShemanovAYu@mgppu.ru

Keywords: mind, mode of being, B.V. Zeigarnik, S.L. Rubinstein, L.S. Vygotsky

Для последующего размышления о проблеме соотношения сознания человека и его мозга можно оттолкнуться от критического замечания, сделанного в работе Б.В. Зейгарник «Теории личности в зарубежной психологии» [1, с. 24–25], где, возражая попытке Г. Салливана, следующего в русле фрейдизма, построить концепцию личности здорового человека исходя из особенностей личности невротика, она отмечает, что при сходстве базисных механизмов с человеком со здоровой психикой у невротика те же внешние причины действуют иначе, чем у здорового человека, поскольку «у человека «внешние причины» действуют через внутренние условия», ссылаясь при этом на С.Л. Рубинштейна. В связи с этим замечанием приведем слова С.Л. Рубинштейна из работы «Бытие и сознание»: «…каждое действие обусловлено внутренними условиями, сложившимися у данного индивида в зависимости от внешних воздействий, определивших его историю» [2, с. 198]. Отметим два важных для нас момента. Первый состоит в том, что постоянной линией в критическом обзоре Б.В. Зейгарник является подчеркивание исторического генезиса психики человека и ее существенных свойств, которые складываются в процессе ее развития в отношениях с другими людьми и социально опосредованного опыта взаимодействия с окружающей средой, а не их предзаданный природой характер, фатальный для индивида. И эта линия как раз и проявляется в критике Г. Салливана и ссылке на С.Л. Рубинштейна. Второй момент заключается в том, что сам С.Л. Рубинштейн связывает обусловленность действия внешних

причин на психику человека внутренними условиями с историей внешних воздействий, которые определили эти условия. При таком подходе далее возникает вопрос: а чем обусловлено то, что внешние воздействия образуют для человека историю, т.е. значимую для него, связную последовательность событий? Напрашивающийся ответ заключается в том, что человек обладает сознанием, благодаря которому и происходит связывание событий в историю его становления, и именно с этим связана его возможность стать субъектом своей истории, своего бытия. Тогда сознание (в смысле немецкого Bewusstsein) оказывается не неким свойством, присущим человеку как некоей вещи с точки зрения внешнего наблюдателя, а модусом, или способом, самого его бытия. Как же тогда возникает приписываемый человеку разрыв между сознанием и его телом, одним из органов которого является мозг?

Вначале хотелось бы заметить, что само сопоставление «мозг – сознание» обязано своим происхождением картезианскому дуализму с его оппозицией «мыслящей вещи» и «вещи протяженной» в качестве независимых субстанций. А эта оппозиция, в свою очередь, выражала попытку философски разрешить связанный с рождением новой науки вопрос: как можно примирить традиционную, платоно-аристотелевскую трактовку ума как мыслящего себя мышления и ума как экспериментального познания природы? При последнем ум берет на себя ответственность за создание условий, раскрывающих законы этой природы, и только при наличии этих условий такое раскрытие и может происходить. Решая этот вопрос, Р. Декарт и ставит задачу построения научного метода (в своем «Рассуждении о методе»). Эту лежащую в основе новой науки коллизию И. Кант формулирует затем в виде знаменитой юридической метафоры (второе предисловие к «Критике чистого разума»): разум должен относиться к природе не как школьник, внимающий поучениям учителя, а как судья, задающий вопросы свидетелю. Самопонятность природы для разума – идея «естественного света разума», на которой основывалось отсутствие этого вопроса в античной философии, поскольку ум, мыслящий себя, тем самым мыслил и умное содержание космоса, оказалась поставлена под вопрос. Для Р. Декарта идея независимой от ума протяженной субстанции стала способом объяснить, как природа в качестве независимой от ума может тем не менее умом познаваться. Ответом стала созданная Р. Декартом аналитическая геометрия с ее системой координат и новым представлением о числе, открывшим дорогу для дифференциального и интегрального исчисления Г.В. Лейбница и И. Ньютона (эти вопросы рассматриваются в главе 1 книги Л.С. Черняка «Вечность и время: возвращение забытой темы» [3]). На основе этих открытий сложилась форма постановки вопросов

природе, ответ на которые давали математически формулируемые законы в рамках возникавшей классической механики. Исходя из появившегося в итоге механистического мировоззрения, Лаплас утверждал, что не нуждается в гипотезе Бога для объяснения мира. Однако сознание как модус бытия «вещи мыслящей» никак не вытекало из механического объяснения природы. Все попытки эмпиризма вернуться к самопонятности природы на основе механицизма оказывались непоследовательными, о чем у родоначальника эмпиризма Дж. Локка свидетельствует и само понятие опыта, и допущение рефлексии как основы «внутреннего опыта», без которого опыт не мог стать собственно опытом, т.е. основой познания. Эмпиристское понятие опыта как основы познания неизбежно влекло за собой платоно-аристотелевское непосредственное усмотрение идей вещей, не ставя вопрос об условиях, опосредствующих такое усмотрение. Проблема создания концепции разума, отвечающей новым задачам, привела к попытке сформулировать такие условия Р. Декарта в виде независимой протяженной субстанции, познаваемой при посредстве аналитической геометрии, а И. Канта – в виде априорных форм чувственности (пространства и времени) и категорий рассудка, на основе которых продуктивное воображение собирает из чувственных данных явления. Однако в свете этих концепций оставалось неясным само бытие человека, который соединяет в себе ум и тело. Эта неясность порождала такие концепции как декартово допущение, что связь души и тела осуществляется через эпифиз, или как кантовское понятие непознаваемой вещи в себе и ноуменальной природы мыслящего опыт субъекта, которое разрывало человека на подчиненный законам природы целиком детерминированный ими в опыте телесный организм и на независимый от опыта и не связанный с природными детерминациями мыслящий субъект с его свободой, невозможной в опыте и природе.

Как показывает М.Г. Ярошевский [4], подобная описанной выше коллизия традиционного понимания ума и рожденного в ходе развития новой науки механицизма возникает и в психологии. Ее начинает решать Л.С. Выготский, отталкиваясь от положений марксизма о социальной и исторической природе психики человека. При этом, как пишет М.Г. Ярошевский, в дополнение к двум координатным осям тогдашней психологии (сознание как функция мозга индивида или как продукт социальной среды) Л.С. Выготский предлагает третью – культуру, проходя путь от реактологии через инструментальную психологию, вводящую понятие знака как особого орудия человека для управления поведением, к возрастному генезису значения («Мышление и речь») и, наконец, к психологии личности, основанной на понятии системы психической деятельности и переживания как единицы сознания. Тем самым Л.С. Выготский открывает

перспективу ответа на вопрос, возникающий в связи с понятием субъекта в концепции С.Л. Рубинштейна: что лежит в основе превращения чреды внешних событий во внутренние условия действия субъекта, т.е. перспективу ответа на вопрос о сознании как модусе бытия человека не по ту сторону опыта и взаимодействия с миром, а внутри них.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Теории личности в зарубежной психологии. М.: Изд. Московского университета, 1982. 128 с.
2. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. СПб.: «Питер», 2017. 288 с.
3. Черняк Л.С. Вечность и время: Возвращение забытой темы. М.; СПб.: Нестор-История, 2014. 696 с.
4. Ярошевский М.Г. Л.С. Выготский и проблема социокультурной детерминации психики // Выготский Л.С. Психология развития как феномен культуры / Под ред. М.Г. Ярошевского. М.: Изд. «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. С. 5–23.

Нозологическая специфика мотивационно-смысловой сферы как критерий способности к осознанной регуляции своих действий*

Шеховцова Е.С., Гиленко Т.Д.
ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России, Москва, Россия
shekhovtsova.e@serbsky.ru, gilenko.t@serbsky.ru

Ключевые слова: мотивационная сфера, смысловая регуляции, экспертная оценка, психические расстройства, криминальное поведение

Nosological specificity of the motivational-semantic sphere as criteria of the ability to consciously regulate one's actions

Shekhovtsova E.S., Gilenko.T.D.
V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
shekhovtsova.e@serbsky.ru, gilenko.t@serbsky.ru

Keywords: motivational sphere, semantic regulation, expert assessment, mental disorders, criminal behavior

Введение. При проведении психолого-психиатрического исследования особую важность приобретает анализ структуры и содержания ценностно-смысловой сферы личности, являющейся связующим звеном между сознанием и деятельностью. Анализ смыслового восприятия юридически значимой ситуации, определение способности к осознанной саморегуляции деятельности являются неотъемлемыми и значимыми элементами экспертной практики, направленной на установление способности лица осознавать свои действия и руководить ими в юридически значимой ситуации.

Как отмечает Б.В. Зейгарник, осознанная смысловая регуляция деятельности определяется иерархически организованной мотивационной-смысловой сферой личности, а смысловые образования определяют

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации в рамках реализации государственного задания № 124020800048-9.

саму возможность саморегуляции, обеспечивая целеполагание и осознание своей деятельности [Б.В. Зейгарник, 1986]. Смыслы являются движущей силой деятельности, определяя социальную приемлемость и импульсивность поведения [Д.А. Леонтьев, 2003]; мотивационная сфера определяет постановку целей и способов их достижения в конкретной ситуации, а осознание мотивов, моральных запретов, нравственных критериев поступков, реакции окружающих, прошлого опыта связано с прогнозированием последствий различных вариантов поведения [Т.Д. Гиленко, Т.Г. Гадисов, М.В. Зейгер, Д.В. Самылкин, А.А. Ткаченко, 2024; Л.Ю. Демидова, А.А. Ткаченко, 2025; А.А. Ткаченко, Л.Ю. Демидова, 2025]. Диагностическая значимость смысловых образований при различных нозологиях и определила цель настоящего исследования – выделение значимых аспектов смысловой регуляции поведения в криминальной ситуации.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 251 мужчины, обвиняемых в совершении противоправных действий: из них 145 человек с диагнозом «расстройство личности» (МКБ-10: F60–61), 17 человек – «параноидная шизофрения» (МКБ-10: F20), 19 – «шизотипическое расстройство» (МКБ-10: F21), контрольную группу составили 70 психически здоровых обвиняемых. Обследование проводилось на базе ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Диагностика мотивационной структуры личности проводилась с помощью «Метода мотивационной индукции» Ж. Нюттена и опросника «Диагностика мотивационной структуры личности» В.Э. Мильмана.

Результаты. Результаты применения диагностического инструментария позволили оценить структурные и содержательные аспекты ценностно-смысловой сферы респондентов. На этой основе для каждой из исследуемых групп были построены и проанализированы индивидуальные мотивационные профили.

Мотивационные профили лиц с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством отличаются маловыразительностью, бедностью, недостаточной дифференцированностью ($p < 0,05$).

Лиц с параноидной шизофренией отличают нестандартные мотивационно-смысловые структуры (например, «работаю над открытиями своими», «ожидаю великого будущего для всего человечества» и др.), сочетающиеся с активной позицией и отсутствием ориентации на социум, что приводит к нарушению регуляции поведения, особенно в ситуации межличностного общения ($p < 0,05$).

Лиц с шизотипическим расстройством отличает пассивный мотивационный профиль, обилие смысловых тем, связанных с направленностью на определенный образ жизни, а также тем, связанных

с невозможностью удовлетворить гедонистические потребности. Смысловые ориентации, связанные с общением, направлены на отказ от контактов и на эгоцентрическое социальное взаимодействие и получение признания ($p < 0,05$).

В мотивационной структуре лиц с расстройствами личности обнаруживается недостаточная дифференцированность иерархии мотивационной сферы, высокая напряженность, сочетающаяся с низким уровнем мотивов, связанных с общественно полезным трудом при наибольшей значимости стремления к комфорту и безопасности. Наличие двух конкурирующих мотивационных направленностей – комфорта и общей активности – усиливает напряженность, создает неопределенность при поставке цели и дальнейшей ее реализации, повышает уязвимость перед внешними воздействиями. Для лиц с расстройствами личности характерно ожидание действий от окружающих, а декларируемые стремления к высокому статусу, мотивации на взаимодействие в интересах других людей не обладают побудительной силой. Подобная эгоцентрическая установка включает в себя подчеркивание ценности собственной личности, желание произвести впечатление, повысить собственную значимость в глазах окружающих. Большинство смысловых тем во временной перспективе сопряжены с периодом освобождения из мест лишения свободы, эмоциональная оценка будущего является амбивалентной ($p < 0,05$).

Мотивационная структура психически здоровых обследованных является устойчивой, иерархически организованной и дифференцированной с зачастую одним доминирующим мотивационным образованием – стремлением к общей активности, что отражает потенциальную способность обследованных к гибким реакциям на ситуационные воздействия. Среди социальных смыслов преобладает ориентация на близкие контакты и участников судебно-следственного разбирательства ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенная оценка структурных и содержательных особенностей мотивационно-смысловой сферы позволила выявить нозологически специфичные мотивационные профили при различных формах психической патологии. Полученные данные углубляют понимание механизмов смысловой регуляции поведения при различных формах психической патологии и могут быть использованы для решения экспертных задач по оценке способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими.

Литература

1. Гиленко Т.Д., Гадисов Т.Г., Зейгер М.В., Самылкин Д.В., Ткаченко А.А. Особенности мотивационного и эмоционального профилей у лиц с расстройством личности, совершивших агрессивные

правонарушения против личности // Российский психиатрический журнал. 2024. № 1. С. 23–36.
2. Демидова Л.Ю., Ткаченко А.А. Категории мотива и цели в уголовном праве и судебной психологии // Психология и право. 2025. № 15(1). С. 29–43.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986. 287 с.
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла. М.: Смысл, 2003.
5. Ткаченко А.А., Демидова Л.Ю. Юридический критерий невменяемости и категория вины с точки зрения науки // Российский психиатрический журнал. 2025. № 2. С. 15–26.

Особенности нейрокогнитивного профиля здоровых лиц разного возраста, гендера и уровня образования

Шипкова К.М., Галанина Н.А.
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского, Москва, Россия
karina.shipkova@gmail.com

Ключевые слова: нормальное старение, регуляторные процессы, память, внимание, речь

Features of the neurocognitive profile of healthy controls of different ages, genders, and educational levels

Shipkova K.M., Galanina N.A.
V. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
karina.shipkova@gmail.com

Keywords: normal ageing, executive functions, memory, attention, language

Введение. Динамика изменений нейрокогнитивного статуса в процессе нормального старения изучена недостаточно полно [4], включая влияние гендера и образовательного уровня на состояние когнитивных процессов у разных возрастных групп нормы [1; 2]. Понимание взаимовлияния возрастного, гендерного и образовательного факторов на траекторию и динамику когнитивных изменений позволяет определить специфичность фокусов нейрокогнитивных профилактических программ и продлить профессиональное долголетие, в том числе качество жизни лиц трудоспособного возраста [3]. **Целью** исследования было выявление уязвимых когнитивных доменов у лиц разных возрастных, гендерных и образовательных групп.

Материал. 187 здоровых лиц (47,55±8,76 лет) среднего (30–40 лет), зрелого (40–50 лет), предпенсионного (50–60 лет) и пожилого возрастов (60–68 лет), имеющих полную рабочую занятость. Соотношение муж./жен. – 70/117 чел. Возраст муж./жен. – 47,78 ± 9,04 лет / 47,43 ± 8,62 лет. Соотношение высшее/среднее/ средн.спец. образование – 140/36/11 чел.

Методы. Диагностический инструментарий включал Шкалу МоСА, Батарею лобной дисфункции (FAB). При обработке данных применялся Т-тест Стьюдента, коэффициент корреляции Пирсона и Спирмена, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), критерий Краскала-Уоллиса. Статистический анализ проводился с использованием пакета SPSS Statistics 26.0.

Результаты. Образование. Более высокий уровень образования тормозит процесс возрастной когнитивной инволюции. У лиц с высшим образованием в сравнении с лицами с более низким образовательным уровнем, отмечаются более высокие значения показателей, характеризующих функционирование второго и третьего функционального блоков по А.Р. Лурия, а именно более высокие показатели Батареи FAB (p=0,05), Шкалы МоСА (p=0,00), управляющих (EIS) (p=0,00), речевых (LIS) (p=0,00) функций, произвольного внимания (AIS) (p=0,00) и ориентировки (OIS) (p=0,00) [5]. Лица с более низким образовательным уровнем демонстрировали низкие баллы в речевой беглости (p=0,01), зрительно-конструктивных и исполнительных навыках (p=0,03), операциях абстрагирования (p=0,00). При этом лица, имеющие среднее образование, превосходили лиц со средним специальным образованием в показателях FAB и МоСА, в том числе по субшкалам внимания и абстракции. *Возраст*. Процесс старения протекает разнонаправлено – с ослаблением состояния одних когнитивных процессов и повышением состояния функционирования других. Наибольшим возрастным изменениям подвержены память, внимание и регуляторные (исполнительные) функции и сохраняется устойчивость к возрастным изменениям зрительно-конструктивных навыков и пространственно-временной ориентировки. Т. е. с возрастом снижается функциональная активность модально-специфических отделов заднелобных и височных областей левого полушария мозга и выявляется большая устойчивость к старению теменно-височно-затылочных и префронтальных отделов, т. е. структур переднего и заднего третичного комплекса. Иными словами, процесс старения характеризуется гетерохронностью и разновекторностью возрастных изменений в структурах второго и третьего блоков мозга. Это находит отражение в выявленной обратной корреляции между возрастом и выполнением задач простой и усложненной реакции выбора (p=0,00), отсроченного припоминания (p=0,03) и положительной корреляции возраста с показателями зрительно-конструктивных и исполнительных навыков (p=0,00), ориентировкой в месте и времени (p=0,01). Гендер. Выявлены различия между мужчинами и женщинами в отношении фокусов повышенной когнитивной мозговой активности: у мужчин – задний третичный комплекс, у женщин – заднелобные и височные отделы мозга. У женщин более высокие показатели речемыслительных

процессов (p=0,01), внимания (p=0,01), беглости речи (p=0,00), у мужчин – зрительно-конструктивные навыков (p=0,05). С периода среднего до пожилого возраста включительно у мужчин и женщин наиболее уязвимым когнитивным доменом является память. Смысловая или контекстная подсказка повышает эффективность припоминания, что свидетельствует о затрудненности не фиксации следа в памяти, а селективного выбора.

Резюме. С возрастом не утрачивается нейропластичность. Процесс когнитивного старения характеризуется гетерохронностью и разнонаправленостью динамики когнитивных изменений – ослаблением состояния одних когнитивных процессов и устойчивостью к изменениям других. Выраженным возрастным изменениям подвержены память, речевые и регуляторные процессы и большей устойчивостью – зрительно-конструктивные навыки, ориентировка в пространстве и времени. Высокий уровень образования, в отличие от гендера, выступает значимым фактором торможения темпа нарастания возрастной когнитивной инволюции.

Литература

1. Булыгина В.Г., Шипкова К.М., Дубинский А.А., Лысенко Н.Е., Васильченко А.С., Проничева М.М., Кабанова Т.Н., Бек А.В. Алгоритм составления функциональных профилей познавательные процессов в различных возрастных группах условной нормы. ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России. 2022. 40 с.
2. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009, 1(3–4). С. 4–7.
3. Шипкова К.М., Шпорт С.В., Булыгина В.Г. Современные тенденции развития реабилитационных подходов к восстановлению когнитивных нарушений органического генеза // Российский психиатрический журнал. 2023, 6. С. 49–59.
4. Franke K., Gaser C. Ten years of BrainAGE as a neuroimaging biomarker of brain aging: what insights have we gained? // Frontiers in Neurology. 2019, 10, e789.
5. Goldstein F.C, Milloy A, Loring D.W., Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Incremental validity of Montreal Cognitive Assessment index scores in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease // Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2018, 45(1). P. 49–55.

Особенности эмоционального интеллекта у пациентов с личностными расстройствами

Щелчкова Д.А., Филоненко Е.В.
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия
daria.shelchkova@yandex.ru

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, личностные расстройства, адаптация

Features of emotional intelligence in patients with personality disorders

Shchelchkova D.A. Filonenko E.V.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia
daria.shelchkova@yandex.ru

Keywords: emotional intelligence, personality disorders, adaptation

Введение. На сегодняшний день исследований, посвященных эмоциональному интеллекту, достаточно много. Несмотря на значимость темы, эмпирических работ, которые изучали бы особенности эмоционального интеллекта у лиц с различными расстройствами личности, недостаточно. Авторы указывают на дефицит информации о том, как проявляются особенности ЭИ у этой категории лиц [Burghart M., Sahm A.H.J. et al., 2024].

Специалисты отмечают, что эмоциональный интеллект стоит учитывать в клинической практике, так как его развитие может помочь в улучшении благополучия пациентов за счет улучшения качества межличностных контактов и расширения числа социальных связей. Это делает изучение данной темы актуальным и значимым [Samara O., Zhylin M.et al., 2024]. Анализ работ по данной теме показал значимость изучения особенностей эмоционального интеллекта у пациентов с личностными расстройствами, что послужило основой для выбора темы данного исследования.

Материалы и методы. В ходе проведения исследования были использованы следующие методики: 1) тест эмоционального интеллекта М.А. Манойловой; 2) тест социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд в адаптации А.К. Осницкого; 3) Торонтская алекситимическая шкала, TAS-20; 4) Личностный опросник Г. Айзенка (вариант А).

В данном исследовании приняли участие пациенты Государственной клинической психиатрической больницы № 3 г. Новосибирска. В первую выборку вошли 12 пациентов с расстройствами личности из кластера В (возраст от 18 до 38 лет), во вторую выборку – 12 лиц, не имеющих установленных нарушений психики в возрасте от 18 до 53 лет.

В целях выявления взаимосвязи между переменными проводился корреляционный анализ (коэффициент корреляции Спирмена). Для оценки межгрупповых различий были использованы непараметрические критерии (U-критерий Манна-Уитни).

Результаты. Большая часть пациентов (50%) обладает высоким уровнем развития эмоционального интеллекта. Наиболее развитыми оказались способности к управлению своими чувствами и чувствами других в отличие от способности к осознанию собственных и чужих эмоциональных состояний, что частично подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Представители группы пациентов с личностными расстройствами в большей мере показали высокий уровень социально-психологической адаптации. Результаты по всем шкалам у большинства исследуемых колеблются от «высоких» (58,3%) до «средних» (41,6%), что является признаком включенности пациентов в социальные контакты и их стремления проявлять поведение в рамках социально-одобряемого.

Уровень алекситимии у пациентов с личностными расстройствами находится на среднем уровне (66,5%). Это может указывать на наличие некоторых затруднений в сфере описания и идентификации своих чувств, которые могут проявляться в определенных ситуациях.

Большая часть группы пациентов проявляет признаки интроверсии и высокого уровня нейротизма.

Для группы пациентов с личностными расстройствами характерны следующие значимые взаимосвязи: «Интегральный показатель эмоционального интеллекта» и «Интегральный показатель адаптации» ($r = 0{,}883$; $p \leq 0{,}01$), «Интегральный показатель самоприятия» ($r = 0{,}870$; $p \leq 0{,}01$), «Нейротизм» ($r = -0{,}926$; $p \leq 0{,}01$), «Трудности идентификации чувств» ($r = -0{,}872$; $p \leq 0{,}01$), «Интегральный показатель эмоциональной комфортности» ($r = 0{,}869$; $p \leq 0{,}01$).

Резюме. Несмотря на значимость вопроса особенностей эмоционального интеллекта у лиц с личностными расстройствами, данная тема требует более глубокого изучения. Поскольку данная характеристика оказывает влияние на построение межличностных контактов и адаптацию человека в обществе, необходимо включать работу с ней в психокоррекционные и психотерапевтические программы с целью повышения уровня её сформированности. Изучение данной темы может как расширить круг теоретических знаний, так и помочь в построении

эффективных программ реабилитации пациентов с расстройствами личности и, как следствие, добиться улучшения качества их жизни и интеграции в общество после прохождения лечения.

Литература

1. Burghart M., Sahm A.H.J., Schmidt S., Bulla J., Mier D. Understanding empathy deficits and emotion dysregulation in psychopathy: The mediating role of alexithymia. // PLoS One. 2024. P. 26.
2. Samara A.O., Zhylin M., Mendelo V., Akopian A., Bakuridze N. The role of emotional intelligence in the diagnosis and psychotherapy of mental disorders: an analysis of practical approaches. Georgian Med News. 2024. P. 47–53.

Копинг-стратегии участников СВО в состоянии ПТСР

Юров И.А.
ФГБОУ ВО «Сочинский государственный университет»
Сочи, Россия
Sov36@mail.ru

Ключевые слова: военнослужащие, копинг-стратегия, психотерапия

Coping strategies of participants in the special military operation in the state of PTSD

Yurov I.A.
FSBEI HE "Sochi State University", Sochi, Russia
Sov36@mail.ru

Keywords: military personnel, coping strategy, psychotherapy

Введение. ПТСР – психическое расстройство, которое с некоторой вероятностью развивается после мощного травмирующего события. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это психическое заболевание, возникающее у людей, переживших или ставших свидетелями тяжелых травматических событий. При ПТСР человек испытывает повторяющиеся навязчивые воспоминания о травме, ночные кошмары, флешбэки, повышенную тревожность, раздражительность, вину и депрессию.

Копинг-стратегии в психологии – это способы адаптироваться к стрессовой ситуации. Иными словами, это реакция на стресс, выраженная через мысли, чувства и действия. Это механика регулирования сложных эмоций и поведенческих реакций в стрессовых условиях.

Участие военнослужащих в специальной военной операции (СВО) может сопровождаться резкими соматическими, физиологическими, психофизиологическими и психологическими изменениями, приводящими к посттравматическим стрессовым расстройствам (ПТСР), т. е. к психическому заболеванию, возникающему у людей, переживших или ставших свидетелями тяжелых травматических событий (война, насилие, несчастные случаи) [2].

Цель исследования: изучить состояние демобилизованных военнослужащих в возрасте 21–50 лет и определить поведенческие формы и способы реагирования в условиях послестрессогенного функционирования. **Гипотеза**: существуют различные реакции, формы и способы приспособления и преодоления ПТСР.

Методы исследования: сокращенные варианты тестов Спилбергера-Ханина (по 10 вопросов на ЛТ и СТ) и Г. Айзенка (18 вопросов). Все участвующие в тестировании отказались от заполнения невротической триады теста MMPI (шкалы – ипохондрия «HS», депрессия «D», истерия «Ну»). Дополнительно к тестированию проводились индивидуальные беседы с демобилизованными и их родственниками; по результатам исследования рекомендованы психотерапевтические методы [1].

Результаты. На основе тестирования и индивидуальных бесед выделены четыре группы испытуемых. В первой группе оказались демобилизованные, имеющие следующие показатели: экстраверсия – 6 баллов, нейротизм – 5 баллов, ЛТ – 24 балла, СТ – 20 баллов. В индивидуальных беседах испытуемые этой группы подчеркивали некоторую эйфорию и чувство превосходства над окружающими, гордость за успешно выполненный долг. Радостные события вызывают у них не только радость, но и высокую вербальную и двигательную активность, они часто проводят время в компаниях таких, как они или своих сторонников, считают себя элитой страны. Испытуемые первой группы характеризуются чертами аффективно-лабильного типа с завышенной самооценкой, а также проявляют экстравертивную агрессивность.

Во второй группе оказались демобилизованные, имеющие показатели: экстраверсия – 1 балл, нейротизм – 6 баллов, ЛТ – 28, СТ – 26 баллов. В личных беседах и беседах с родственниками выяснилось наличие страха, беспокойства, тревоги, озабоченности, неуверенности, сензитивности, немотивированной возбудимости. Следствием болезненного глубокого переживания являются нейротизм и интровертированные ипохондрические реакции.

В третьей группе оказались демобилизованные, имеющие следующие показатели: экстраверсия – 5 баллов, нейротизм – 4 балла, ЛТ – 23 балла, СТ – 24 балла. В индивидуальных беседах демобилизованные отмечали, что внимательно следят за информацией в СМИ о проведении СВО, считают, что они внесли посильный вклад, получили достойное вознаграждение от государства (денежные выплаты, удостоверения ветеранов боевых действий, социальные льготы – проезд, коммунальные вычеты и др. Теперь для них важно реализовать себя в гражданской деятельности, адаптироваться к новому статусу, адекватно реализовать денежные средства, адаптироваться к новой работе. Тип личности

испытуемых в этой группе – оптимистически-карьеристский. При этом испытуемые из третьей группы имеют повышенные требования к социуму, желание получать повышенные блага и льготы.

В четвертой группе оказались демобилизованные, имеющие следующие показатели: экстраверсия – 3 балла (тенденция к интроверсии), нейротизм – 6 баллов, ЛТ – 27 баллов, СТ – 28 баллов. В личных беседах и беседах с родственниками испытуемые проявляли признаки аффективно-экзальтированного типа поведения (резкие переходы от повышенного настроения к тревоге и беспокойству). Представители этого типа реагируют на жизнь более бурно, чем остальные: они одинаково легко приходят в восторг от радостных событий и в отчаяние от негативных, больше поддаются растроганности, испытывают особую радость от человеческой доброты и справедливости, но впадают в тревогу от чёрствости и отчуждения значимых лиц. Для них характерны сильное внешнее выражение своих переживаний, легкость в появлении слез как от радости, так и от печали. Следствием глубокого болезненного переживания является реактивная депрессия. Для лиц этой группы характерен эмотивно-лабильный тип поведения.

Копинг-стратегии для демобилизованных из первой группы: 1) совершенствование рационального образа жизни; 2) снижение жизненного уровня притязаний; 3) применение различных методов жизненной мотивации; 4) рациональная психотерапия; 5) отвлекающая психотерапия (переключение сознания с эйфории и неоправданной агрессивности, ослабление фиксации отрицательных состояний). Копинг-стратегии для второй группы демобилизованных: 1) гармонизация семейных отношений; 2) критическое отношение к чрезмерно негативной информации в СМИ; 3) четкое выполнение привычного традиционного образа жизни; 5) мероприятия по реадаптации (все виды активного времяпрепровождения); 6) рациональная психотерапия; 7) участие в волонтерской деятельности; 8) музыкальная психотерапия. Копинг-стратегии для третьей группы демобилизованных: 1) принятие достоверной информации в СМИ; 2) участие в «круглых столах» при Совете ветеранов города; 3) консультации с авторитетными специалистами, лидерами общественного мнения; 4) формирование реального уровня ожидания в условиях снижения уровня жизни; 5) лечебно-физическая культура; 6) активные методы арттерапии; 7) индивидуальное мотивированное внушение.

Копинг-стратегии для четвертой группы испытуемых: 1) повышение заботы о своем здоровье и о здоровье своих близких; 2) приведение уровней ригидности и гиперсоциальности в соответствии с возрастом и реальными объективными возможностями; 3) рациональная психотерапия; 4) терапевтическое «зеркало»; 5) искусствотерапия: походы на природу,

в музеи, выставки; 6) варьирование целеполаганием, уровнем притязаний, различными видами мотивации; 7) использование самоприказов «Должен выполнить!», «Я смогу сделать», «Я такой как все».

Выводы. Выявлены четыре типа поведения: экстравертированная агрессивность, интровертированная ипохондричность, оптимистически-карьеристский и эмотивно-лабильный типы. Копинг-стратегии и психотерапевтические методы в условиях ПТСР имеют большое значение для владения собой в стрессогенной ситуации и в социальной деятельности [3].

Литература

1. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. СПб.: Питер, 2002. 304 с.
2. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
3. Юров И.А. Психология человека: индивид, личность, субъект, индивидуальность. М.: РУСАЙНС, 2023. 358 с.

Зарубежные методики оценки образа тела у пациентов с психическими расстройствами

Якубовская Д.К.
ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
darrafy@gmail.com

Ключевые слова: образ тела, телесность, методики оценки образа тела

Overseas methods for assessing body image in patients with mental disorders

Yakubovskaya D.K.
Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow, Russian Federation
darrafy@gmail.com

Keywords: body image, somatic awareness, methods of body image assessment

Комплексность психологических процессов, связанных с переживанием собственной телесности, обуславливает наличие множества смежных понятий и концептуальных определений образа тела, а также значительного числа методик для оценки этого параметра.

В зарубежной литературе наибольшее распространение получил термин «образа тела» (body image), который понимается как многомерный конструкт, включающий в себя мысли, эмоции и поведение, связанные с собственным телом (Cash, Smolak, 2011). Т.Ф. Кэш выделяет два основных аспекта отношения к собственному телу: 1) оценивание своего тела, включающее убеждения о теле и удовлетворенность внешним видом и 2) уровень эмоциональной, когнитивной и поведенческой значимости своего тела для самооценки (Cash, Smolak, 2011). Эмпирические исследования показывают значительную вариативность психологических последствий нарушенного образа тела – от снижения самооценки и социального функционирования до депрессивных переживаний, расстройств пищевого поведения и суицидальных мыслей (Cash, Smolak, 2011).

Целью этого сообщения является анализ наиболее актуальных зарубежных шкал самоотчета, направленных на оценку образа тела среди пациентов с психическими расстройствами.

В клинической психологии образ тела преимущественно рассматривается в контексте расстройств пищевого поведения (РПП), в связи с чем большинство опросников направлены на изучение отношения к собственной внешности (в первую очередь аспектов, связанных с весом и размером). Вопросы в таких методиках зачастую затрагивают те аспекты негативного образа тела, которые более других связаны с риском развития РПП (восприятие своего тела как слишком «толстого», стремление к худобе, несоответствие субъективным идеалам внешности). К подобным шкалам относятся: 1) **Шкала телесной самооценки** (The Body Esteem Scale, BESAA; B.K. Mendelson и др.) – содержит подшкалы «Самооценка внешности» («Appearance esteem»; Пример вопроса: «Мне нравится, что я вижу в зеркале»), «Самооценка веса» («Weight esteem»; «Мне нравится, сколько я вешу») и «Атрибутивная самооценка внешности» («Attribution»; «Людям моего возраста нравится моя внешность») (Kling et al., 2019); 2) **Опросник идеалов образа тела** («Body Image Ideals Questionnaire», T.F. Cash, M.L. Szymanski) – содержит 10 пунктов, описывающих различные аспекты внешности (рост, кожа, фигура, вес и т. д.), которые оцениваются с помощью двух подшкал: «Различие представлений между идеальной и реальной внешностью» («Discrepancy») и «Значимость внешности» («Importance») (Cash, Smolak, 2011); 3) **Опросник формы тела** (The Body Shape Questionnaire, BSQ; P.J. Cooper и др.) – состоит из 34 утверждений, касающихся формы тела, прежде всего переживания своего тела как слишком «толстого». Пример вопроса: «(За последние 4 недели) чувствовали ли Вы себя настолько плохо из-за своей фигуры, что плакали?» (Kling et al., 2019).

Несмотря на множество специализированных шкал, оценивающих образ тела, чаще всего в клинических выборках используются скрининговые опросники пищевого поведения, содержащие подшкалы, связанные с отношением к телу. Наиболее известные из них: 1) **Шкала оценки пищевого поведения** (Eating Disorder Inventory-3; EDI-3) содержит подшкалу «Неудовлетворенность телом» (Body dissatisfaction) и адаптирована на русский язык О.А. Ильчик и коллегами (ШОПП); 2) **Опросник расстройств пищевого поведения** (Eating Disorders Examination Questionnaire, EDE-Q), содержит подшкалы «Беспокойство о весе» («Weight concerns») и «Беспокойство о внешности» («Appearance concerns») (Kling et al., 2019).

Перечисленные методики также находят свое применение в исследованиях на выборках пациентов с аффективными и тревожными

расстройствами в связи со значимым негативным влиянием неудовлетворенности внешностью на самооценку и регуляцию эмоций (Cash, Smolak, 2011). Вместе с этим подобные шкалы не позволяют в полной мере оценивать те аспекты нарушений образа тела, которые не связаны напрямую с неудовлетворенностью фигурой или весом.

Сравнительно небольшое число методик направлены на изучение комплексного, многомерного образа тела, с учетом не только отношения к внешности, но и функциональности, здоровья тела и других характеристик. Преимуществами шкал, представленных ниже, являются формулировки вопросов, не направленные на аспекты веса или фигуры, что потенциально расширяет круг нарушений образа тела, при которых эти шкалы могут быть полезны.

И. Орбах и М. Микулинсер разработали **Шкалу эмоциональных инвестиций в тело** (The Body Investment Scale, BIS; I. Orbach, M. Mikulincer) как инструмент для оценки нарушений образа тела у лиц с депрессией и склонностью к саморазрушению, что делает ее особенно актуальной при использовании среди пациентов с самоповреждающим и суицидальным поведением. В рамках шкалы оцениваются следующие аспекты: а) образ тела, чувства и отношение к телу, б) забота о теле, в) защита тела, г) комфортность тактильного контакта (Горбатов и др., 2023).

Шкала принятия тела (Body Appreciation Scale, BAS-2; L.C. Avalos, T.L. Tylka, N.L. Woods) была разработана в контексте исследований позитивного образа тела и оценивает уровень принятия тела, чувств благодарности и уважения к нему. Содержит 10 пунктов. Пример вопроса: «Я внимателен к потребностям своего тела» (Kling et al., 2019).

В настоящий момент нами проводится адаптация **Краткой шкалы переживания телесного стыда** (Phenomenological Body Shame Scale-Revised, PBSS-R; J.A. Siegel и соавт.), которая позволяет сфокусироваться на эмоциональных и социальных аспектах нарушений образа тела, проявляющихся в форме стыда за свое тело. Респонденту предлагается представить, что он стоит перед зеркалом и смотрит на свое тело, и оценить 8 утверждений, основанных на феноменологическом переживании стыда тела. Пример вопроса: «(Когда я смотрю в зеркало…) я чувствую себя уязвимым». Первичная психометрическая проверка шкалы в выборке девочек-подростков показала связи параметра телесного стыда с контролем веса (в клинической и популяционной выборках) и повышением тяжести симптомов РПП (в клинической выборке) (Польская и др., 2024), в дальнейшем планируется использование опросника среди пациентов других нозологий.

Таким образом, несмотря на многочисленность методик оценки образа тела, сохраняется дефицит опросников, позволяющих комплексно

оценивать этот параметр с учетом не только отношения к фигуре и весу, но и других аспектов телесного образа (включая оценку отношения к функциональности и здоровью своего тела, заботы о нем, а также сложных эмоциональных переживаний негативного отношения к своему телу). К задачам будущих исследований относятся разработка и адаптация шкал самоотчета, более полно оценивающих образ тела и применимых для использования среди русскоязычных пациентов с различными психическими расстройствами.

Литература

1. Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В. Апробация русскоязычной версии Шкалы эмоциональных инвестиций в тело BIS (The Body Investment Scale) // Перспективы науки и образования. 2023. № 5 (65). С. 616–632.
2. Польская Н.А., Якубовская Д.К., Разваляева А.Ю., Власова Н.В. Межличностная чувствительность, страх негативной оценки внешности и стыд собственного тела у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2024. № 32(3). С. 67–89.
3. Cash T.F., Smolak L. (Eds.). Body image: A handbook of science, practice, and prevention (2nd ed.). 2011. The Guilford Press.
4. Kling J., Kwakkenbos L., Diedrichs P.C., Rumsey N., Frisén A., Brandão M.P., … Fitzgerald A. Systematic review of body image measures // Body Image. 2019. 30. P. 170–211.

Исследование восприятия астмы мальчиками-подростками с контролируемой и неконтролируемой астмой

Ялтонский В.М., Горбанева М.В.
Российский университет медицины МЗ РФ, Москва, Россия
yaltonsky@mail.ru, mariapashenko@yandex.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, контроль болезни, бронхиальная астма, подростки

A study of asthma perceptions in adolescent boys with controlled and uncontrolled asthma

Yaltonsky V.M., Gorbaneva M.V.
Russian University of Medicine Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation
yaltonsky@mail.ru; mariapashenko@yandex.ru

Keyword: illness perception, illness control, bronchial asthma, adolescents

Введение. Бронхиальная астма, являясь хроническим заболеванием дыхательных путей, достаточно распространена среди детей и взрослых (более 300 млн. по всему миру), что свидетельствует о недостаточном контроле над этим хроническим заболеванием. Астма пока неизлечима, но с участием медицинских работников и самих подростков её можно контролировать, что и является признанной целью лечения астмы.

Теоретической основой данного исследования является модель саморегуляции здоровья и болезни на основе здравого смысла Г. Левенталя, которая объясняет, как люди реагируют на угрозы здоровью и справляются с ними, как они воспринимают последствия болезни, её длительность, как они эмоционально реагируют на неё, определяют свою способность контролировать болезни посредством собственной активности и насколько астма излечима. Подростки создают собственные представления об астме, когда пытаются понять, что угрожает их здоровью, и как взять эту угрозу под контроль. Данная модель раскрывает новые возможности персонализированного подхода к лечению и реабилитации в подростковой психопульмонологии, позволяет лучше понимать, как подростки с астмой реагируют на угрозы здоровью

и пытаются преодолевать их. Взаимосвязь между восприятием астмы и уровнем её контролируемости российскими подростками не изучена, что определяет актуальность проведенного исследования.

Цель: сравнительное изучение представлений о бронхиальной астме мальчиков-подростков в зависимости от уровня контролируемости болезни.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 подростков мужского пола (средний возраст: 15,9±1,29) с бронхиальной астмой, находящиеся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Детской городской клинической больницы им. Св. Владимира МЗ РФ. Использовались следующие методики: «Краткий опросник восприятия болезни», «Опросник по контролю симптомов астмы» ACQ-5. По критерию контролируемости бронхиальной астмы выборка была разделена на 2 группы: группа с контролируемой астмой (37 подростков с полным и ограниченным контролем) и группа с неконтролируемой астмой (63 подростка) (p=0,001). Для статистической обработки результатов исследования применялась программа IBM SPSS Statistics. Результаты представлены с помощью описательной статистики (M±SD; M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение), а также U-критерия Манна-Уитни для исследования значимых различий между двумя группами (при уровне $p < 0,05$).

Результаты сравнительного исследования восприятия астмы подростками с контролируемой и неконтролируемой астмой достоверно различались по большинству параметров. В сравнении с восприятием неконтролируемой астмой (НА) подростки с контролируемой астмой (КА) идентифицировали меньше симптомов болезни, чем подростки с НА (1 группа – 4,86±2,15 балла; 2 группа – 6,73±1,99 балла; p=0,001), оценивали её последствия как легкие (1 группа – 3,54±2,27 балла; 2 группа – 5,24±1,79 балла; p=0,001), эмоционально слабо реагировали на болезнь (1 группа – 2,97±2,42 балла; 2 группа – 4,02±2,42 балла; p=0,041) и были мало озабочены астмой (1 группа – 3,32±2,31 балла; 2 группа – 5,30±2,37 балла; p=0,001). Воспринимаемая контролируемость астмы у подростков с КА была достоверно выше, чем у подростков с НА (1 группа – 6,68±2,48 балла; 2 группа – 6,41±1,87 балла; p=0,001).

Подростки с неконтролируемой астмой (НА) более успешно идентифицировали болезнь по её симптомам, чем подростки, контролирующие астму (1 группа – 4,86±2,15 балла; 2 группа – 6,73±1,99 балла; p=0,001), оценивали её последствия как умеренные (1 группа – 3,54±2,27 балла; 2 группа – 5,24±1,79 балла; p=0,001), более эмоционально выражено реагировали на болезнь (1 группа – 2,97±2,42 балла; 2 группа – 4,02±2,42 балла; p=0,041) и были умеренно озабочены астмой (1 группа – 3,32±2,31 балла;

2 группа – 5,30±2,37 балла; p=0,001). Воспринимаемая контролируемость астмы у подростков с НА была достоверно ниже, чем у подростков с КА (1 группа – 6,68±2,48 балла; 2 группа – 6,41±1,87 балла; p=0,001).

Выводы.

1. Восприятие астмы мальчиками-подростками с контролируемой и неконтролируемой астмой является дифференцированным в зависимости от воспринимаемого уровня контролируемости болезни.
2. Восприятие подростков с неконтролируемой астмой является мало адаптивным и включает представления о том, что болезнь является для них выраженной угрозой, имеет много симптомов, будет иметь умеренные последствия, сопровождается негативными эмоциональными реакциями и озабоченностью, является трудно контролируемой для них.
3. Восприятие подростков с контролируемой астмой является более адаптивным и включает представления о том, что болезнь не является для них выраженной угрозой, имеет ограниченное количество симптомов, слабые последствия, вызывает незначительную озабоченность и слабое негативное эмоциональное реагирование. Они верят, что болезнь поддается контролю под влиянием их действий.

Восприятие женщинами зависимости от алкоголя и стратегии её преодоления

Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Крюкова Л.В.
Российский университет медицины МЗ РФ, Москва, Россия
yaltonsky@mail.ru, sirotan@mail.ru, zaicova01@mail.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, стратегии совладания, алкогольная зависимость, женщины

Women's perception of alcohol dependence and strategies for overcoming it

Yaltonsky V.M., Sirota N.A., Kryukova L.V.
Russian University of Medicine,
Ministry of Health of the RF, Moscow, Russia
yaltonsky@mail.ru, sirotan@mail.ru, zaicova01@mail.ru

Keywords: perception of illness, coping strategies, alcohol dependence, women

Введение. Несмотря на то, что уровень злоупотребления алкоголем среди женщин ниже, чем среди мужчин, эпидемиологические исследования показывают, что этот разрыв сокращается. Существуют половые/гендерные различия в нейробиологии зависимости женщин от алкоголя вызваны взаимодействием не только биологических и социально-экологических, но и психологических факторов (эмоции, мотивация, познание, поведение и т. д.), которые изучены недостаточно. Изучение психологических гендерных различий имеет важное значение для разработки специализированных для женщин программ профилактики, дифференцированного лечения и реабилитации. Теоретической основой данного исследования является модель саморегуляции здоровья и болезни на основе здравого смысла Г. Левенталя.

Цель: сравнительное изучение многомерной структуры восприятия женщинами зависимости от алкоголя и стратегий её преодоления.

Материалы и методы. Обследовано 100 женщин с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2), находившихся на стационарном лечении в МНПЦ наркологии ДЗ Москвы. Методики: Краткий опросник восприятия болезни. По критерию уровня восприятия болезни как угрозы для здоровья выборка была разделена на 2 группы – воспринимающие болезнь

как умеренную угрозу (группа 1 – УУ) и как выраженную угрозу (группа 2 – ВУ). Статистический анализ включал U-критерий Манна–Уитни, корреляционный анализ Спирмена. Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программы IBM SPSS Statistics (Vers. 20).

Результаты сравнительного исследования восприятия болезни пациенток, зависимых от алкоголя, с разным уровнем восприятия болезни как угрозы, достоверно различалось по большинству параметров. Восприятие зависимости от алкоголя как умеренной угрозы для здоровья первой группы (УУ), в сравнении с группой 2 (ВУ), характеризовалось малой длительностью болезни (УУ – 3,24±3,14, ВУ – 7,26±3,57; $p<0,000$), оценкой переживаемых последствий как умеренных (УУ – 5,88±3, ВУ – 9,28±1,19; $p<0,000$), слабой идентификацией симптомов (УУ – 2,88±2,6, ВУ – 8,06±2,08; $p<0,000$), умеренными уровнями озабоченности (УУ – 6,3±3,44, ВУ – 8,9±1,89; $p<0,000$) и эмоционального реагирования на болезнь (УУ – 5,62±3,46, ВУ – 8,74±2,02; $p<0,000$). При этом женщины первой группы воспринимали свою способность контролировать зависимость как умеренную (УУ – 5,95±2,75, ВУ – 3,38±2,85; $p<0,000$), а свою излечимость от болезни благодаря лечению как достаточно высокую (УУ – 7,34±2,98, ВУ – 5,48±2,96; $p=0,001$).

Восприятие зависимости от алкоголя как выраженной угрозы женщинами из второй группы (ВУ), в сравнении с группой 1 (УУ), характеризовалось длительным течением болезни (УУ – 3,24±3,14, ВУ –7,26±3,57; $p<0,000$), оценкой переживаемых последствий как серьезных (УУ –5,88±3, ВУ – 9,28±1,19; $p<0,000$), высокой идентификацией симптомов зависимости (УУ – 2,88±2,6, ВУ – 8,06±2,08; $p<0,000$), высокими уровнями озабоченности (УУ – 6,3±3,44, ВУ – 8,9±1,89; $p<0,000$) и эмоционального реагирования на болезнь (УУ – 5,62±3,46, ВУ – 8,74±2,02; $p<0,000$). При этом женщины второй группы воспринимали свою способность контролировать зависимость как слабую (УУ – 5,95±2,75, ВУ – 3,38±2,85; $p<0,000$), а свою излечимость от болезни благодаря лечению как умеренную (УУ – 7,34±2,98, ВУ – 5,48±2,96; $p=0,001$). Пациенты обеих групп воспринимали зависимость как хорошо понятную им.

Результаты сравнительного исследования стратегий совладания с хронической болезнью пациенток, зависимых от алкоголя, с разным уровнем восприятия болезни как угрозы различались как по позитивным, так и по негативным копинг-стратегиям. Стратегии совладания с зависимостью от алкоголя как хронической болезнью женщин из первой группы (УУ), в сравнении с группой 2 (ВУ), характеризовалось преобладанием позитивных стратегий совладания (УУ – индекс позитивного совладания 66,5,24±12,08, ВУ – 59,22±13,54; $p<0,009$) и менее интенсивным использованием негативных стратегий совладания

(индекс негативного совладания в группе УУ – 34,11±18,87, в группе ВУ – 46,36±16,934; p<0,009). Пациенты двух групп активно использовали позитивную стратегию «фокусировка на проблеме» (различий не выявлено), а также стратегию «когнитивная переоценка» (УУ – 70,10±17,71; ВУ – 45,40±20,99, p<0,000). Пациентки из первой группы достоверно менее интенсивно обращались к негативным копинг-стратегиям «фатализм» (УУ – 31,11±21,05; ВУ – 48,30±22,39, p<0,000), «протест» (УУ – 36,80±25,45; ВУ – 53,44±26,02; p=0,001), «социальная изоляция» (УУ – 31,76±24,18; ВУ – 47,12±30,12, p=0,012), «интрузия» (УУ – 44,20±28,56; ВУ – 59,80±26,58; p=0,008).

Стратегии совладания с зависимостью от алкоголя как хронической болезнью женщин из второй группы (ВУ), в сравнении с группой 1 (УУ), характеризовались менее интенсивным использованием позитивных стратегий совладания (индекс позитивного совладания: УУ – 66,5,24±12,08, ВУ – 59,22±13,54; p<0,009) и более интенсивным использованием негативных стратегий совладания (индекс негативного совладания: УУ – 34,11±18,87, ВУ – 46,36±16,934; p<0,009). Пациенты двух групп активно использовали позитивную стратегию «фокусировка на проблеме» (различий не выявлено). Женщины из второй группы достоверно более интенсивно обращались к негативным копинг-стратегиям «фатализм» (УУ – 31,11±21,05; ВУ – 48,30±22,39, p<0,000), «протест» (УУ – 36,80±25,45; ВУ – 53,44±26,02; p=0,001), «социальная изоляция» (УУ – 31,76±24,18; ВУ – 47,12±30,12, p=0,012), «интрузия» (УУ – 44,20±28,56; ВУ – 59,80±26,58; p=0,008) и менее интенсивно стратегию «когнитивная переоценка» (УУ – 70,10±17,71; ВУ – 45,40±20,99, p<0,000).

Резюме. Для зависимых от алкоголя женщин, воспринимающих болезнь как выраженную угрозу, характерен мало адаптивный, тревожно-угрожающий тип восприятия болезни. Для зависимых от алкоголя женщин, воспринимающих болезнь как умеренную угрозу для здоровья, характерен более адаптивный тип восприятия болезни, в котором воспринимаемый контроль болезни, контролируемость лечения и понятность болезни достаточно высоки.

Все обследованные женщины, зависимые от алкоголя, для адаптации к хронической болезни используют как позитивные, так и негативные копинг-стратегии. Восприятие ими болезни как умеренной угрозы для жизни сопровождается более выраженным обращением, прежде всего, к позитивным копинг стратегиям и в меньшей степени к негативным. Восприятие зависимости от алкоголя как выраженной угрозы для жизни на фоне обращения к позитивным стратегиям сопровождается значительно более интенсивным применением негативных копинг стратегий.

Сравнительное исследование ранних адаптивных схем зависимых от алкоголя

Ялтонский В.М.
Российский университет медицины МЗ РФ, Москва, Россия; Московский институт схематерапии, Москва, Россия
yaltonsky@mail.ru
Ялтонская А.В.
Московский институт схематерапии, Москва, Россия
yaltonskayaa@gmail.com
Куликова Е.А.
Российский университет медицины МЗ РФ, Москва, Россия
kulichenko_13@mail.ru

Ключевые слова: ранние адаптивные схемы, зависимость от алкоголя

Comparative study of early adaptive schemas of alcohol dependent people

Yaltonsky V.M.
Russian University of Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; Moscow Institute of Schema Therapy, Moscow,
yaltonsky@mail.ru
Yaltonskaya A.V.
Moscow Institute of Schema Therapy, Moscow, Russia
yaltonskayaa@gmail.com
Kulikova E.A.
Russian University of Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
kulichenko_13@mail.ru

Keywords: early adaptive schemas, alcohol dependence

Введение. Общепринятая модель лечения зависимостей от психоактивных веществ обладает ограниченной эффективностью. Она направлена на медико-биологические процессы зависимого поведения, а проблемам одновременного лечения коморбидных химических, пищевых и поведенческих зависимостей, личностных, аффективных расстройств

и ПТСР должного внимания не уделяется. Фармакотерапия сама по себе не решает глубинные психологические проблемы, приводящие к развитию аддикций. Вне поля зрения данной модели остаются такие важные для этиологии аддикций факторы как негативный детский опыт, феномен привязанности и роль позитивного и негативного воспитания. В такой ситуации всё актуальнее становится применение для лечения аддикций интегративных трансдиагностических доказательных психотерапевтических подходов, таких как схематерапия.

Схематерапевтический подход разработан Д. Янгом, в котором используются понятия «ранние дезадаптивные (негативные) схемы» (РДС) и «ранние адаптивные (позитивные) схемы» (РАС). Эти понятия являются связанными, но независимыми друг от друга и не отражающими биполярность. Ранние дезадаптивные схемы – следствие неудовлетворения базисных эмоциональных потребностей в детско-подростковом возрасте. Они дисфункциональны, и оказывают негативное влияние на психическое здоровье. Ранние адаптивные схемы – это когнитивные представления, воспоминания, телесные ощущения и нейробиологические реакции, как самого человека, так и других людей. Эти схемы являются результатом удовлетворения базисных эмоциональных потребностей в детско-подростковом возрасте, функциональны и оказывают позитивное влияние на психическое здоровье. В данном исследовании впервые проводится сравнительное исследование РАС на клинической выборке россиян, зависимых от алкоголя и группы условно здоровых, что определяет актуальность данного исследования.

Цель данного исследования – сравнительное изучение ранних адаптивных схем (РАС) россиян, зависимых от алкоголя, и условно здоровой группы сравнения.

Материалы и методы. Обследовано 135 человек. Клиническую группу составили 65 пациентов с алкогольной зависимостью (код: F10.2), мужского (45% – 29 человек) и женского (55% – 36 человек) пола (средний возраст – 41,25 ± 10,1 год), проходивших стационарное лечение на базе МНПЦ наркологии ДЗ Москвы, клинического филиала № 2. Условно здоровую группу сравнения составили 70 мужчин (32,8% – 23 человека) и женщин (67,2% – 47 человек), средний возраст – 44,1 ± 7,7 года, занимающих должности административных работников образовательных учреждений Москвы. Применялся опросник Ранних позитивных Схем (YPSQ_RU) (авторы перевода на русский: Ялтонская А.В. Марьясова Д.А., Донская А.О.). Статистический анализ включал U-критерий Манна–Уитни. Статистическая обработка результатов была проведена с помощью программы IBM SPSS Statistics (Vers. 20).

Результаты. По сравнению с условно здоровыми (группа УЗ), зависимые от алкоголя (группа ЗА) набрали достоверно более низкие баллы по шести РАС – «Способность эмпатически учитывать позицию других людей» (ЗА p1= 15,03 ± 4,71; УЗ p2 = 16,4 ± 2,8; p1-p2 = 0,05); «Базовое здоровье и безопасность/ оптимизм» (ЗА p1 = 16,48 ± 6,52; УЗ p2 = 19,8 ± 6,1; p1-p2= 0,009); «Самосострадание» (ЗА p1 = 10,88 ± 3,97; УЗ p2 = 12,3 ± 3,26; p1-p2= 0,01); «Здоровый самоконтроль / Самодисциплина» (ЗА p1 = 16,9±; 4,1; УЗ p2 = 18,31 ± 3,90; p1-p2= 0,023); «Самостоятельность суждений» (ЗА p1 = 16,7 ± 4,46; УЗ p2 = 18,14 ± 4,50, p1-p2= 0,021), «Стабильная привязанность » (ЗА p1 = 14,21 ± 5,61; УЗ p2 =16,5 ± 4,73; p1-p2 = 0,049). В сравнении с условно здоровыми, зависимые от алкоголя в меньшей степени были уверены том, что их отношения с другими стабильны и долговечны, что другим стоит доверять (РАС «Стабильная привязанность»). Они обладали более слабым чувством собственного достоинства, считали, что иметь своё мнение важно, но внешнее одобрение, признание окружающих может влиять на самостоятельность их суждений (РАС «Самостоятельность суждений»), и не в такой мере, как условно здоровые, проявляли внимание к потребностям и чувствам других людей (РАС «Способность эмпатически учитывать позицию других людей»). Для зависимых от алкоголя, в меньшей мере, чем для условно здоровых, было свойственно относиться к себе с сочувствием, добром, прощать ошибки, не наказывать себя за них (РАС «Самосострадание»), так же, как и в способности следовать долгосрочным целям, предполагающим отсроченное вознаграждение и упорство в достижении целей, в выполнении рутинных дел («Здоровый самоконтроль / Самодисциплина»). Пациенты, в сравнении с условно здоровыми, были менее оптимистичны в своих взглядах на жизнь, в прогнозе на собственную безопасность, физическое здоровье и финансовую стабильность (РАС «Базовое здоровье и безопасность/оптимизм»).

Зависимые от алкоголя, в сравнении с условно здоровыми, набрали достоверно более высокие баллы по двум РАС «Успех» (ЗА p1= 24,77 ± 4,85, УЗ p2 = 22,9 ± 5,3, p1-p2 = 0,003;) и «Эмоциональная открытость и спонтанность» (ЗА p1 = 20,09 ± 5,03; УЗ p2 = 17,7 ± 4,55; p1-p2 = 0,000). Пациенты с такими адаптивными схемами демонстрировали свои положительные эмоции по отношению к другим, физическую привязанность к тем, кто им дорог, свободно делились чувствами, когда они этого хотели (РАС «Эмоциональная открытость и спонтанность»). Они ощущали себя талантливыми, умными и компетентными специалистами, способными добиваться результатов (РАС «Успех»). По шести РАС – «Эмоциональная наполненность», «Здоровые границы/развитое Я», «Социальная принадлежность», «Реалистичные ожидания»»

«Здоровый интерес к себе/Забота о себе», «Здоровая способность полагаться на себя»/Компетентность» – достоверных различий между двумя группами выявлено не было.

Резюме.

1. Подтверждено, что наряду с ранними дезадаптивными схемами у зависимых от алкоголя параллельно развиваются и ранние адаптивные схемы. Структура ранних адаптивных схем, зависимых от алкоголя неоднородна. В ней примерно равномерно представлены шесть схем более низкой интенсивности, чем в группе сравнения, и шесть схем с отсутствием межгрупповых различий; схемы «Успех» и «Эмоциональная открытость и спонтанность» имели достоверно более высокую интенсивность, чем в группе условно здоровых.
2. Определен профиль ранних адаптивных схем россиян, зависимых от алкоголя что может использоваться для проведения психотерапии, основанной на позитивных схемах. Позитивные схемы повышают здоровое функционирование и адаптивное поведение. По данным исследований их предсказательная способность выше, чем у ранних неадаптивных схем.
3. Эффект схематерапии зависимости от алкоголя может быть выше, если она будет сфокусирована не только на ослабление дезадаптивных схем, но и усиление ранних адаптивных схем.

Диагностические возможности методики «Уровень соотношения ценности и доступности» при исследовании различных контингентов в норме и патологии

Фанталова Е.Б.
Московский Государственный
Психолого-Педагогический Университет
Москва, Россия
elenafantal@yandex.ru

Ключевые слова: ценность, доступность, рассогласование ценности и доступности, внутренний конфликт, внутренний вакуум

Diagnostic capabilities of the “Value-accessibility ratio” technique in the study of various populations in norm and pathology

Fantalova E.B.
Moscow State University of Psychology and Education
Moscow, Russia

Keywords: value, accessibility, mismatch of value and accessibility, internal conflict, internal vacuum

Методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСЦД), созданная более 30 лет назад [3] применялась как на контингенте больных в различных клинико-психологических исследованиях, так и на нормативных выборках в области общей, социальной, инженерной, экстремальной психологии и в других научных сферах.

Исходный замысел, основная идея методики – выявление уровня рассогласования ценности и доступности в различных жизненных сферах как индикатора дезинтеграции ценностно-мотивационной сферы личности. По мере апробации методики для диагностики внутренних конфликтов (ВК) удалось диагностировать также показатели внутренних вакуумов (ВВ) и нейтральной зоны (НЗ). Сумма данных показателей

была равна индексу рассогласования Ценность-Доступность (Rц-д). Состояние ВК наблюдалось в случае значительного превышения Ценности над Доступностью в той или иной жизненной сфере, состояние ВВ – в случае значительного превышения Доступности над Ценностью, состояние НЗ – при равенстве или невысоком расхождении Ценности и Доступности. Для Rц-д и ВК, ВВ и НЗ в методике были обозначены цифровые психометрические показатели. Кроме того, для различных выборок нормы и патологии использовались сравнительные совмещенные диаграммы Ценности и Доступности для 12-ти понятий методики в одном рисунке.

Нормативные показатели для различных контингентов студентов и здоровых взрослых лиц имеют средние уровни рассогласования Ценности и Доступности, указывающие на относительную адаптацию их ценностно-мотивационной сферы. Что касается ВК, то у студентов они отмечаются в таких сферах как «Любовь» и «Счастливая семейная жизнь».

Интеркорреляционная проверка валидности методики УСЦД подтвердила содержательное значение ее итоговых показателей на выборке китайских студентов [1].

Клинико-психологические исследования разных лет показали, что при артериальной эссенциальной гипертензии, бронхиальной астме, язвенной болезни отмечается повышение индекса рассогласования R ц-д, а также показателей ВК и ВВ по сравнению со здоровыми лицами, что свидетельствует о повышении у них дезинтеграции в мотивационно личностной сфере, блокаде ценностно-смысловых образований [3].

При сахарном диабете 1 типа в ценностной сфере подростков с СД 1 типа преобладает значимость сохранения здоровья и поддержания активного образа жизни, несмотря на низкую доступность данных аспектов по сравнению со здоровыми сверстниками индексы Rц-д значимо не отличаются у контрольной и экспериментальной групп. Последнее может быть связано с однородностью испытуемых двух групп по возрасту (сходные внутренние конфликты подросткового возраста) [2].

R ц-д у больных шизофренией и депрессией достоверно ниже, чем у здоровых испытуемых, что свидетельствует о снижении побуждения к деятельности в разных жизненных сферах у данных контингентов [4, 5].

В совокупности полученные по методике УСЦД итоговые результаты показывают, как функционирует ценностно-мотивационная сфера у различных групп испытуемых.

Литература

1. Даниленко О.И., Сюй И. Ценности китайских студентов: значимость и доступность // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018 Т. 8. Вып. 1 С. 34–46. https://doi.org/10.21638/11701/spbu16.2018.103

2. Мосина А.С. Фанталова Е.Б. Особенности мотивационно-личностной сферы больных с сахарным диабетом I типа // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2024(24) № 2 С. 32–41. [Электронный ресурс] https://www.psychildhealth.ru/issues.html
3. Фанталова Е.Б. «Уровень соотношения “ценности” и “доступности” в различных жизненных сферах»: психометрическое исследование показателей. Методика // Мир психологии. 2011. №2 (66). С. 228–244.
4. Фанталова Е.Б., Адамова Ю.А. Ценности и внутренние конфликты у больных шизофренией // Ананьевские чтения – 2016.: Психология: вчера, сегодня, завтра: материалы международной научной конференции, 25–29 октября 2016 г., в 2-х томах. Том 1./отв. ред. А.В. Шаболтас, Н.В. Гришина, С.В. Медников, Д.Н. Волков – СПб.: ИД «ФАРМиндекс», 2016. Т. 1. С.164–165.
5. Фанталова Е.Б, Куканов А.А. О ценностях и внутренних конфликтах женщин, страдающих депрессией // Философские проблемы биологии и медицины. Вып. 8: Технологии и трансформации: сборник статей. М.: Навигатор, 2014. С.292–294.

Восстановление дееспособности лиц, проживающих в социальных домах (бывших ПНИ): возможности комплексной реабилитации и юридической помощи

Сиснёва М.Е.
РБОО «Центр лечебной педагогики»,
АНО ДПО ЭМЦ «Особое детство», Москва, Россия
msisneva@yandex.ru

Ключевые слова: дееспособность, социальные дома, комплексная реабилитация, юридическая помощь

Restoration of Legal Capacity for Individuals Residing in Social Care Homes (Former Psychoneurological Residential Institutions): Opportunities for Comprehensive Rehabilitation and Legal Assistance

Sisneva Maria E.
RNSO "Center for Curative Pedagogics",
ANO DPO EMC "Osoboe Detstvo", Moscow, Russia
msisneva@yandex.ru

Keywords: legal capacity, social care homes, comprehensive rehabilitation, legal assistance

Современное реформирование системы социальной помощи направлено на интеграцию людей с психическими расстройствами и инвалидностью в общество. Более 65% жителей социальных домов (бывших ПНИ) недееспособны [1], то есть не могут принимать и осуществлять юридически значимые решения, что в условиях институциональных учреждений приводит к значительным ограничениям их самостоятельности и усугублению социальной изоляции. Согласно Статье 36 Гражданского кодекса РФ опекуны должны заботиться о развитии (восстановлении) способности недееспособных граждан понимать значение своих действий или руководить ими.

Современные подходы к социальной реабилитации, а также изменения в российском законодательстве создают благоприятные условия

для восстановления дееспособности этих граждан. Статья 29 Гражданского кодекса РФ предусматривает возможность восстановления дееспособности путем признания лица ограниченно дееспособным вследствие психического расстройства. Такое лицо обладает автономией в большинстве сфер правоотношений, однако совершение определенных юридических действий предполагает согласование с попечителем. Ограничение дееспособности основано на модели поддерживаемого принятия решений, когда человек получает помощь при совершении сложных юридических действий. Использование данной модели сохраняет самостоятельность человека, минимизируя риски необдуманных действий.

Восстановление дееспособности – процесс, направленный на возвращение человеку возможности самостоятельно распоряжаться своими правами и обязанностями, принимать решения в различных областях жизни. Этот процесс невозможен без развития его социальных навыков и социально-правовой компетентности. Законодательные новации стимулируют осуществление альтернативных форм социальной поддержки, таких как сопровождаемое проживание и сопровождаемая трудовая деятельность, создающие условия для постепенного повышения самостоятельности.

Юридическая помощь в процессе восстановления дееспособности включает консультирование, сопровождение в суде, помощь в оформлении документов и взаимодействии со всеми вовлеченными организациями. Доступ к квалифицированной юридической помощи является важным ресурсом для успешного восстановления дееспособности. Как неоднократно подчеркивалось экспертами, врачами-психиатрами на встречах межведомственных рабочих групп, представленность информации о претенденте на восстановление дееспособности в суде не должна быть однобокой и ограничиваться медицинскими и патопсихологическими заключениями. Не менее важными являются данные об его социальном функционировании: характеристика с места работы, отзыв от социального работника, результаты проведенных реабилитационных программ и др.

Судебно-психиатрическая экспертиза по вопросу восстановления дееспособности основывается на представлении доказательств об изменении состояния психического здоровья гражданина и его социального функционирования. Среди функциональных способностей человека, влияющих на его дееспособность, врачи-психиатры, эксперты выделяют те, которые необходимы для решения ситуационных задач, выходящих за пределы повседневного бытового функционирования, в том числе связанных с совершением сделок, гражданско-правовой ответственностью, межличностными и социальными отношениями, здоровьем и пр. [2].

Развитие функциональных способностей может быть эффективно обеспечено средствами социально-психологических тренингов

и индивидуальных реабилитационных программ [3]. Программы реабилитации в социальных учреждениях должны быть ориентированы на улучшение навыков коммуникации, ассертивного поведения, принятия решений, обращения за помощью и управления повседневными делами. Они должны осуществляться в зоне ближайшего развития участников с поддержкой их субъектности, опорой на ресурсы и личные стремления, акцентированием успехов и достижений.

Не менее важным является создание условий развития, соответствующих потребностям взрослого человека. В российской культурно-исторической психологии периодизация развития зрелой личности изучалась советскими психологами В.Ф. Моргуном и Н.Ю. Ткачевой [4]. Ее социальная ситуация развития характеризуется осознанием взрослой идентичности, профессиональной специализацией, принятием ответственности за дело и семью, самосовершенствованием, творчеством, наставничеством, передачей опыта, избирательным общением. Ведущими видами деятельности являются трудовая деятельность и построение близких отношений. Визиты-мониторинги в региональные дома социального обслуживания, осуществленные экспертами РБОО «Центр лечебной педагогики» и АНО ДПО ЭМЦ «Особое детство» выявили следующие актуальные проблемы: недееспособные граждане не имеют информации о размере своих пенсий, сбережений, зарплат (в том случае, если они трудоустроены) и своем имуществе; многие не имеют мобильных телефонов, не могут пользоваться современными средствами связи и интернетом; не выходят за территорию учреждений. Возможности профессионального обучения и трудоустройства отсутствуют или значительно ограничены. Семейные и социальные связи разорваны. Успешное развитие функциональных способностей в таких условиях представляется нереалистичным. Как показал тематический анализ глубинных интервью, проведенный с участниками социально-психологического тренинга подготовки недееспособных граждан к восстановлению дееспособности, главной мотивацией к участию в тренинге было желание респондентов преодолеть ограничения личной и социальной активности, связанные с их положением недееспособных граждан, проживающих в институциональных учреждениях [5].

Ограничения, накладываемые условиями жизни в домах социального обслуживания, во многом связаны с недостаточной осведомленностью персонала о правах недееспособных граждан и содержательной наполненности понятия «дееспособность». Повышение квалификации специалистов социальных стационарных организаций, а также вовлечение волонтеров в жизнь учреждений обеспечивают необходимую поддержку и эффективность реабилитационных мероприятий.

Т.о., восстановление дееспособности лиц, проживающих в социальных домах, требует системного и междисциплинарного подхода, объединяющего комплексную реабилитацию и эффективную юридическую поддержку. Российское законодательство постепенно адаптируется к современным требованиям инклюзивного общества, создавая условия для расширения самостоятельности и интеграции данной категории граждан.

Литература

1. Ландышев М.А., Петров Д.С., Комаров В.В., Солодов А.А. Результаты комплексного обследования недееспособных и ограниченно дееспособных граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, на предмет возможности повышения их гражданско-правового статуса // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2024. № 1. С. 21–27. DOI: 10.33920/med-01-2401-02
2. Русаковская О.А. «Проблемные ситуации» как методика судебно-психиатрического исследования: параметры оценки и проверка внутренней согласованности // Психология и право. 2023. Том 13. № 2. С. 94–109. DOI:10.17759/psylaw.2023130208.
3. Холмогорова А.Б., Таккуева Е.В., Сиснёва М.Е. Проблемы социальной реабилитации и интеграции в общество граждан, проживающих в психоневрологических интернатах, участников программы восстановления дееспособности // Сборник материалов 8-й Всероссийской научно-практической конференции «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения» (Москва, 30 октября 2024 г.). М.: Издательский дом КДУ. С. 325-330.
4. Моргун В. Ф, Ткачёва Н. Ю. Проблема периодизации развития личности в психологии // Учеб. пособие. – М.: Изд-во МГУ, 1981. – 84 с.
5. Сиснева М.Е. Динамика субъектности участников социально-психологического тренинга подготовки к восстановлению дееспособности: анализ интервью // Образовательная политика. 2025. 22(3). С. 20–27.

Зейгарниковские чтения.
Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы
Материалы II международной
научно-практической конференции

Компьютерная верстка: *М.В. Мазоха*

Подписано в печать: 12.11.2025 г.
Формат: 60x90 1/16. Гарнитура Times.
Усл. печ. п. 34,1. Усл.-изд. л. 39,9.
Сетевое издание электронного распространения.

Московский государственный психолого-педагогический университет
127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29; тел.: (495) 632-90-77; факс: (495) 632-92-52