

VOL. 1. 2019

№ 1. 2019

---

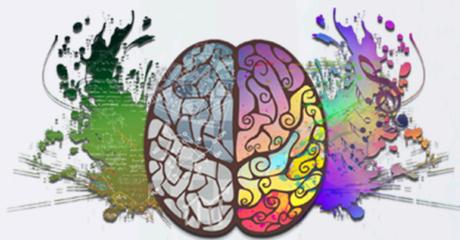
# NEURODYNAMICS

ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
И ПСИХИАТРИИ

---

---





# NEURODYNAMICS

ЖУРНАЛ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ  
И ПСИХИАТРИИ

ISSN: 2658-7955

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор – А.И. ЕРЗИН, кандидат психологических наук,  
г. Оренбург, [alexerzini@gmail.com](mailto:alexerzini@gmail.com).

Секретарь – Н. Р. АБДУЛЬМАНОВА, г. Оренбург, [nellye\\_93@mail.ru](mailto:nellye_93@mail.ru).

Художники – С.Ю. БОГАТОВА, Л.П. ШАТИЛОВА, К.А. ВОРОНИНА.

Переводчик – С.Ю. БОГАТОВА

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В.Г. БУДЗА, доктор медицинских наук, профессор, председатель  
редакционного совета, г. Оренбург.

Е.Ю. АНТОХИН, кандидат медицинских наук, доцент,  
заместитель председателя редакционного совета, г. Оренбург.

Н.Н. ПЕТРОВА, доктор медицинских наук, профессор,  
Председатель Комиссии Российского общества психиатров по  
работе с молодыми учеными и специалистами,  
г. Санкт-Петербург.

Г.А. ЕПАНЧИНЦЕВА, доктор психологических наук, доцент,  
г. Оренбург.

А.В. ВАСИЛЬЕВА, доктор медицинских наук, профессор,  
г. Санкт-Петербург.

С.М. БАБИН, доктор медицинских наук, профессор,  
г. Санкт-Петербург.

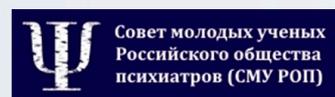
И.А. ФЕДОТОВ, кандидат медицинских наук, председатель  
Совета молодых ученых Российского общества психиатров,  
г. Рязань.

А.В. ПАВЛИЧЕНКО, кандидат медицинских наук, доцент,  
экс-председатель Совета молодых ученых Российского общества  
психиатров, г. Москва.

Е.М. ЧУМАКОВ, кандидат медицинских наук, доцент,  
руководитель секции по поддержке Интернет-ресурсов Совета  
молодых ученых Российского общества психиатров,  
г. Санкт-Петербург.

В.Ф. ДРУЗЬ, кандидат медицинских наук, доцент, г. Оренбург.

А.М. ШЛАФЕР, кандидат медицинских наук,  
г. Оренбург.



# Содержание

	Стр.
<b>Геронтопсихология и геронтопсихиатрия</b>	
<i>А.И. Ерзин, А.Ю. Ковтуненко</i> Нейрокогнитивные функции при благополучном старении. Часть 1: современное состояние проблемы	1-18
<i>А.И. Мелёхин</i> Изменения в когнитивном компоненте временной перспективы как биопсихосоциальный индикатор течения старения	19-33
<i>В.Ф. Друзь, И.Н. Олейникова, О.А. Демьянова</i> Состояние одиночества у психически больных позднего возраста	34-47
<i>Е.Б. Чалая, В.Г. Будза, В.А. Чалый, И.В. Чалая, В.В. Тарабрина</i> Влияние двигательных нарушений на формирование отношения к болезни в постинсультный период	48-57
<b>Патопсихология психозов</b>	
<i>Г.Е. Рупчев, А.А. Алексеев, С.А. Беляев, В.Д. Москвина</i> Восприятие противоречий у больных шизофренией и в норме	58-64
<b>Расстройства аутистического спектра</b>	
<i>Т.Б. Ирмухамедов</i> Особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами	65-68
<b>Психосоматика и психология телесности</b>	
<i>И.Н. Абросимов</i> Проблема психологической адаптации пациента к хроническому соматическому заболеванию	69-76

## **Кросс-культуральные исследования**

- И.А. Федотов, Я.А. Антошкин, Д.А. Рудакова* 77-86  
Этнокультуральные особенности стилей привязанности и связанных с ней механизмов психологической защиты у представителей Европейской и Азиатской популяции

## **Психотерапия: теория и практика**

- S. Zolotareff, E.Yu. Antokhin, R. I. Palaeva* 87-91  
Effective Psychotherapy: concepts, strategies, practices.  
Presentation of psychotherapy based on Paul Diel's theory  
(Psychology of motivation)

- Требования к оформлению статей* 92-97

# Нейрокогнитивные функции при благополучном старении. Часть 1: современное состояние проблемы

А.И. Ерзин, А.Ю. Ковтуненко

Оренбургский государственный медицинский университет. Кафедра клинической психологии и психотерапии, г. Оренбург, Россия;

e-mail: [alexerzini@gmail.com](mailto:alexerzini@gmail.com)

*Аннотация.* Статья посвящена рассмотрению феномена благополучного старения с позиции когнитивной геронтологии. Авторами уточняется, что на данный момент существуют значительные трудности в концептуализации данного конструкта. Представлен обзор современных исследований по проблеме благополучного старения, ее когнитивным геронтопсихологическим аспектам. Рассматриваются нейрофизиологические, метаболические и нейропсихологические аспекты нормального и патологического старения (на модели болезни Альцгеймера). Уточнено, что благополучное старение можно расположить на другом конце спектра возрастных изменений мозга и его функций. В рамках определения мозговых механизмов благополучного старения представлена концепция позитивной нейропластичности и описана роль компенсаторных резервов нейронального субстрата когнициий. Обобщены факторы, связанные с образом жизни, оказывающие положительное влияние на сохранность нейропластичности в позднем возрасте.

*Ключевые слова:* благополучное старение, геронтология, геронтопсихология, когнитивные функции, поздний возраст, нейропластичность, болезнь Альцгеймера.

*Публикация подготовлена в рамках научно-исследовательского проекта, поддержанного грантом президента Российской Федерации (№МК-5837.2018.6, соглашение № 075-02-2018-588)*

## Введение

Развитие информационных и медицинских технологий, увеличение продолжительности жизни, формирование социальных и культурных институтов, обеспечивающих интеграцию, поддержку для пожилых людей, их досуг и активное межличностное взаимодействие, рост качества жизни в развитых странах и совершенствование системы здраво-

охранения – все эти факторы в XXI столетии оказывают все большее влияние на формирование паттернов здорового поведения и благополучного старения. В России, как и во многих развивающихся странах, по-прежнему существует значительный разрыв между различными слоями населения, а система медицинского обслуживания и образования все еще

не соответствует мировому уровню. Тем не менее, вопреки наличию множества негативных условий и обстоятельств, проблема благополучного старения в Российской Федерации является крайне актуальной, особенно в свете последних нововведений в пенсионное законодательство страны (повышение пенсионного возраста).

Во многих отношениях центральным философским и теоретическим аспектом в области геронтологии и геронтопсихологии является феномен благополучного старения. Фундаментальными вопросами, которые ставят перед собой исследователи, являются следующие: «Что такое благополучное старение?» и «Как его достичь?». Несколько лет назад в свет вышел номер журнала «The Gerontologist», посвященный этой теме и отражающей важность этой концепции для области геронтологии (Ruchno, 2015). Как отмечает Hartley с колл. (2018), в статьях этого номера были представлены спорные, но продуктивные дебаты, возникшие в ответ на статью Rowe и Kahn, опубликованную в 1987 году, в которой предлагалось отделять благополучное старение от обычного. Дискуссия позволила выявить различные, часто противоречивые, способы, с помощью которых благополучное старение можно концептуализировать и измерять. Как отметил Ruchno (2015), научная дискуссия геронтологов повлекла за собой вопросы о том, должно ли благополучное старение быть определено объективно или субъективно, какова роль общества и культуры в противопоставление индивидуальным факторам, а также спор о том, является ли

благополучное старение процессом, или же это конечный результат.

Как отмечают Peterson и Martin (2015), Havighurst (1961) – один из пионеров в этой области – акцентировал внимание на концепции благополучного старения, предполагая, что она определяется «условиями индивидуальной и социальной жизни, при которых отдельный индивид получает максимум удовлетворения и счастья». Rowe и Kahn (1987) подчеркнули неоднородность стареющего населения и предположили, что в пределах диапазона нормального старения следует проводить концептуальное различие между теми, кто благополучно стареет с минимальными физиологическими потерями по сравнению с молодыми взрослыми, и остальными индивидами, которые стареют обычно. Основываясь на модели благополучного старения MacArthur, Rowe и Kahn (1997) позже выяснили, что благополучное старение включает в себя предотвращение болезней и инвалидности, поддержание высокой физической и когнитивной функции и постоянное участие в социальной и продуктивной деятельности (Hartley et al., 2018).

Ведя речь о геронтопсихологических аспектах благополучного старения, мы должны обратить внимание, прежде всего, на интеллектуальные, аффективные, личностные, ценностно-смысловые и поведенческие корреляты, которые сопровождают благополучное старение человека. В данной статье мы делаем акцент на когнитивных процессах, их особенностях при благополучном старении и связи с нейрофизиологическими и нейроморфологическими факторами.

## Общие представления о благополучном когнитивном старении

Сфокусировавшись на проблеме «благополучного старения мозга», мы, очевидно, приходим к пониманию, что состояние благополучного старения противоположно как нейropатологическим когнитивным дефектам, так и основным компенсаторным механизмам вследствие возрастных дисфункций (Verny, Moyses и Krantic, 2015). С биологических позиций предполагается, что старение заключается в последовательном накоплении вредных изменений в клетках и тканях, которые повышают вероятность заболеваний и смерти (Harman, 2001).

Когнитивная геронтология вносит важный вклад в понимание природы благополучного старения, однако, она еще далека от его четкого окончательного определения (Hartley et al., 2018). В области когнитивной геронтологии можно выделить пять основных проблем, как полагают Hartley и коллеги (2018). Во-первых, лонгитюдные исследования показывают, что степень когнитивного снижения переоценена, а возраст начала снижения недооценен с помощью исследований методом поперечных срезов (Lindenberger, 2014; Schaie, 2013). Во-вторых, некоторые функции все же остаются сохранены. Например, вербальные способности, такие как объём словарного запаса, сохраняются (Schaie, 2013). Третье - это то, что в некоторых случаях есть компенсация возрастных изменений, например, использование обоих полушарий головного мозга пожилыми людьми для задач, первоначально локализо-

ванных в одном полушарии у молодых людей (Reuter-Lorenz и Stanczak, 2000). В-четвертых, существуют поддерживающие факторы, такие как использование памяти для обеспечения эффективных стратегий у пожилых людей, в то время как лица с обычным или патологическим старением избегают полагаться на память (Tougon, 2015). Пятая ключевая проблема в области исследования благополучного старения в когнитивной геронтологии – это понятие когнитивного резерва («индивидуальные различия в когнитивных процессах или нейронных сетях, лежащих в основе выполнения познавательных задач, позволяют некоторым людям справляться с проблемами лучше, чем другие») (Stern, 2009, p. 2016). Как отмечают Hartley и коллеги (2018), последние три темы говорят о том, что некоторые люди демонстрируют более высокий уровень продуктивности и, следовательно, меньшее снижение, чем их типичные сверстники. Это предполагает, что относительно более высокий уровень функционирования отражает более благополучное старение. В целом, решение всех перечисленных вопросов в ходе исследований, как полагает Hartley с соавт. (2018), проливает свет на проблему интервенции (профилактика, терапия, реабилитация), но не позволяет достаточно хорошо провести концептуализацию конструкта «благополучное старение».

Хорошо известно, что когнитивная деятельность подвержена распаду, когда человек переходит от периода взрослой жизни к позднему

возрасту. Тем не менее, существуют большие индивидуальные различия в динамике когнитивных функций на протяжении всей жизни. Факторы образа жизни могут выступать в качестве важных модификаторов когнитивной функции и клинических проявлений нейродегенеративных состояний, таких как болезнь Альцгеймера. Преимущества физических упражнений на здоровье и познание хорошо изучены. Также важно отметить, что постоянное активное решение познавательных задач, играющее стимулирующую роль, и соблюдение определенных диетических моделей позволяют сохранить функции мозга. Интервенции, основанные на этих направлениях, могут снижать уровень ресурсных затрат и снизить, тем самым, риск возникновения деменции.

## **Возраст и нейрокогниции**

Параллельно с физической нагрузкой когнитивные способности претерпевают изменения на протяжении всей жизни. ЦНС человека быстро развивается после рождения, а интеллектуальная активность имеет тенденцию к пику в раннем взрослом возрасте. С точки зрения развития стремительное развитие когнитивных способностей помогает ребенку учиться и воспринимать окружающий мир.

Наш мозг также запрограммирован на адаптацию к функциональной независимости, что тесно связано с развитием исполнительных функций в подростковом возрасте и ранней взрослости, обеспечиваю-

щимся интенсивной организацией и обогащением нейронными сетями. Взрослого человека можно рассматривать как субъекта, находящегося в фазе зрелости и наибольшей продуктивности. Когнитивная и физическая активность достигает пика развития, когда человек выполняет основные жизненные задачи. При достижении условной середины жизни когнитивная деятельность обычно принимает характер медленного и постепенного спада.

Тем не менее, не все когнитивные способности проявляют одинаковый характер изменений с возрастом. Функции, связанные со скоростью обработки информации, и исполнительные функции, по видимому, более подвержены влиянию возрастного фактора (Albinet et al., 2012). Как познавательные, так и моторные задачи менее эффективно выполняются здоровыми пожилыми людьми и быстро ухудшаются при возникновении нейродегенеративных заболеваний (Bruce-Keller et al., 2012). Однако некоторые аспекты познания в некоторых случаях «проходят проверку временем». Нормальное старение зависит от речевых функций. Интересно, что накопленный за всю жизнь опыт дает возможность мозгу продуцировать суждения и устанавливать приоритеты. Опыт и способности к овладению и управлению важными жизненными обстоятельствами развиваются на протяжении жизненного цикла и в значительной степени связаны с познанием и эмоциями (Richards и Hatch, 2011).

По сравнению с другими периодами функции мозга и познание, в частности, гораздо более восприимчивы к влиянию патологических со-

стояний в конце жизни. Распространенность болезни Альцгеймера сильно зависит от возраста. Это заболевание возникает примерно у одного из четырех взрослых старше 80 лет. В то время как у здоровых пожилых людей может наблюдаться легкое когнитивное расстройство, нейрокогнитивные функции затрагиваются глобально и неуклонно снижаются, когда у человека развивается болезнь Альцгеймера.

Процесс нейродегенерации носит хронический характер, когнитивные нарушения являются лишь поздними проявлениями заболевания. Мозговая патология может возникать за годы до начала формирования когнитивных нарушений. Уместно, что вмешательство должно начаться на ранней стадии доклинической фазы, чтобы можно было обеспечить более эффективную профилактику деменции.

Общепризнанно, что определенная степень когнитивного снижения, связанная со старением, неизбежна и весьма вариабельна, когда начинаются возрастные изменения (Christensen, 2001). Индивидуальная вариабельность когнитивного функционирования в таких функциях, как, например, память и интеллект, увеличивается с возрастом.

Таким образом, с возрастом возрастает доля пожилых людей, которые демонстрируют связанное с возрастом «нормальное» когнитивное снижение (Rabbit et al., 2004). Довольно трудно отделить «нормальное» когнитивное старение от патологического когнитивного распада при отсутствии нейропсихологического тестирования, располагающего нормативными сравнительными данными.

Некоторые аспекты когнитивных функций остаются относительно неповрежденными при нормальном старении, включая имплицитную память, вербальные процессы и общую осведомленность (Christensen, 2001; Rabbit et al., 2004; Park, Reuter-Lorenz, 2009). Когнитивное снижение, которое обычно сопровождает нормальное когнитивное старение, связано с уменьшением эффективности обработки информации в нескольких сферах, включая скорость обработки, время реакции, объем рабочей памяти, кратковременную память, когнитивных контроль (ингибция) и вербальная беглость (Christensen, 2001; Gunstad et al., 2006; Park et al., 2002; Rush et al., 2006). Зрительное восприятие и конструирование образов (представление), равно как и пространственная ориентировка также снижаются с возрастом (Howieson et al., 1993; Woodard et al., 1996).

Замедленная скорость обработки информации – это ведущее когнитивное изменение в стареющем мозге. Обнаружено, например, что зрительно-моторная реакция слежения последовательно и медленно снижается с возрастом (Giovagnoli et al., 1996; Goul et al., 1970; Kennedy, 1981). Предполагается, что сниженная скорость обработки управляет нейрокогнитивной эффективностью, ограничивая скорость, с которой могут выполняться когнитивные процессы (Park, Reuter-Lorenz, 2009; Park et al., 2002; Clay et al., 2009; Salthouse, 1996). Сниженная обработка информации также может повлиять на качество и точность работоспособности из-за уменьшения количества обрабатываемой информации, необходимой для решения той

или иной задачи (Salthouse, 1996). Кроме того, результаты более ранней обработки могут быть утеряны к моменту более поздней обработки информации, что делает невозможным интеграцию соответствующей информации. Последствия редукции когнитивной обработки включают в себя снижение объема оперативной памяти, поскольку в течение заданного времени можно обрабатывать меньше информации, а также снижение когнитивных функций более высокого порядка, таких как абстрагирование или конкретизация, поскольку соответствующая информация не хранится дольше в оперативной или кратковременной памяти (Salthouse, 1996).

Возрастные изменения в рабочей памяти, вероятно, связаны с уменьшением тормозных механизмов селективного внимания (Kane et al., 1994). То есть пожилые люди демонстрируют снижение способности эффективно подавлять обработку нерелевантных или незначительных стимулов и мыслей. Это приводит к генерализованной дисрегуляции внимания, которая также учитывает возрастную дефицитарность в различных аспектах исполнительных процессов, в том числе изменение набора когнитивных функций, подавление реакций и конкурентное реагирование (Park, Reuter-Lorenz, 2009). Когнитивное старение также ассоциируется с более слабыми произвольными усилиями или контролируемыми процессами, тогда как автоматическая обработка остается относительно интактной (Jennings, Jacoby, 1993). Пожилые люди сохраняют относительно хорошую память на знакомые стимулы и общую суть событий, в то время как память на

источники информации и воспроизведение деталей контекста снижается (Rush et al., 2006).

Нормальные возрастные изменения в речевых процессах включают сниженную эффективность номинативной функции, что приводит к трудностям, связанным с поиском слов, что называют феноменом «на кончике языка» (Shafto et al., 2007). В литературе показано, что эффективность названия объектов сокращается с возрастом, причем темпы снижения ускоряются в более старших возрастных группах (Au et al., 1995; Randolph et al., 1999; Ross et al., 1997). Семантическая беглость или способность извлекать слова, связанные с определенной категорией, также снижаются с возрастом, равно как и лексическая беглость (способность извлекать слова из декларативной памяти, которые начинаются с конкретной буквы или звука) (Kempler et al., 1998). Однако есть подозрения, что связанное с возрастом снижение владения речевыми процессами, по крайней мере, частично связано со вкладом зрительного внимания и вербальной памяти в задачи, а не просто из-за первичной редукции семантических или лексических сетей (Ruff et al., 1997).

Выраженное когнитивное снижение при всей его неизбежности весьма широко распространено в старости. Общественное здравоохранение и индивидуальные запросы участвуют в формировании мероприятий, которые могут приостанавливать развитие когнитивной дефицитарности. Доступные на сегодняшний день методы лечения болезни Альцгеймера и других деменций довольно ограничены. Хотя в разработку фармакологических

средств лечения вкладываются огромные ресурсы, лекарственная терапия не одобрена в качестве профилактики деменции. При этом изобилие литературных данных подтверждает, что факторы жизненного стиля могут корректировать снижение познавательных функций, что должно быть использовано в создании превентивных стратегий.

## **Благополучное когнитивное старение и нейропластичность**

Мозг остается динамичным даже в пожилом возрасте и может извлекать пользу из умственных упражнений. Важным является понимание концепции позитивной (сохранной) нейропластичности и негативной (сниженной) нейропластичности и то, как эти механизмы поддерживают или снижают когнитивный резерв.

Согласно Baltes и Baltes (1990), благополучное старение подразумевает наличие восьми основных компонентов: высокая продолжительность жизни, физическое здоровье, эмоциональное благополучие, когнитивная эффективность, социальная компетентность, продуктивность, чувство личного контроля и удовлетворенность жизнью. Кроме того, эти компоненты являются динамическими и взаимодействуют друг с другом, поэтому если один из компонентов отсутствует, это может отрицательно повлиять на другие компоненты. Когнитивная эффективность, несомненно, является одним из факторов, который влияет на другие аспекты старения. Например, нор-

мальное возрастное снижение когнитивных способностей может отрицательно сказаться на продолжительности жизни и физическом здоровье (например, забывание приема лекарств), психическом здоровье (снижение когнитивных способностей в решении эмоциональных проблем), социальной компетентности (неспособность запомнить чье-то имя; нарушение социального познания), продуктивности, личном контроле и удовлетворенности жизнью (жалобы на ухудшение когнитивных функций вызывают сильный дискомфорт).

Исследования показывают, что нормальное возрастное снижение когнитивных функций, даже при отсутствии деменции или мягких когнитивных нарушений, может повлиять на точность и скорость выполнения действий в повседневной жизни (Edwards et al., 2005; McGuire, Ford и Ajani, 2006); даже незначительная дисфункция может снизить автономию и удовлетворенность жизнью (Ballard, 2010).

Как положительная нейропластичность, так и отрицательная относятся к морфологическим и нейрохимическим изменениям, которые происходят в мозге между нейронами в ответ на адаптацию к требованиям окружающей среды или стресс (Vance и Crowe, 2006; Vance et al., 2010). Концепция позитивно / негативно нейропластичности строится на двух фундаментальных источниках: 1) знания о том, как глиальные клетки помогают нейронам поддерживать, перестраивать и формировать новые связи с другими нейронами (Brown, 2009; Fields, 2009), и 2) теория старения «Используй или теряй», которая предполагает, что системы в организме, которые исполь-

зуются недостаточно, со временем «атрофируются», а энергия, необходимая для их поддержания, сохраняется или направляется в области, нуждающиеся в ней (Coyle, 2003; Vance et al., 2010). Основываясь на этих принципах, подразумевающих, что люди подвергаются воздействию сложных условий, мы приходим к выводу, что люди адаптируются, изучая окружающую среду, чтобы лучше ей соответствовать. Такая адаптация включает в себя развитие более прочных и более сложных связей между нейронами, чтобы улучшить процесс познания для дальнейшего адаптации. Этот процесс повышает когнитивный резерв и носит название позитивной нейропластичности. Аналогичным образом, в привычных, скудных, ограниченных условиях снижена необходимость адаптироваться. Фактически, если навыки и способности превосходят требования среды, энергия, необходимая для поддержания таких нейронных связей, может «гаситься», может потребоваться меньшее количество нейронных связей; следовательно, эти нейрональные связи могут атрофироваться. Этот процесс снижает когнитивный резерв и называется негативной нейропластичностью (Vance et al., 2012).

Как позитивная, так и негативная нейропластичность функционируют в континууме экологической прессы. Чем сложнее и новее экологическая пресса, тем больше позитивной нейропластичности будет вовлечено в адаптацию к этой прессе путем формирования большего количества нейрональных связей и увеличения когнитивного резерва.

Точно так же негативная нейропластичность функционирует противоположным образом, не создавая и / или разрушая нейронные связи, которые необходимы для адаптации к окружающей среде. Эти концепции показаны на рисунке 1, который включает в себя четыре типовых исследования из литературы по нейропсихологии, которые ясно демонстрируют влияние этих неврологических механизмов на когнитивный резерв и, следовательно, на когнитивное функционирование (Vance et al., 2012).

На сегодняшний день известно (Mora, 2013), что у стареющего мозга сохраняется значительная функциональная пластичность, и эта пластичность обеспечивается генами, активированными различными факторами образа жизни. Становится очевидным, что благополучное старение мозга возможно, если люди постоянно поддерживают здоровый образ жизни, активно включаются в социальные процессы, выполняют когнитивные нагрузки и ставят перед собой все новые задачи. По мнению Mora (2013), факторы, связанные с образом жизни, включают в себя: количество потребляемых калорий, состав и качество потребляемой пищи, физические и умственные нагрузки, воздержание от курения, активная социальная жизнь, эффективное использование технических инноваций для социальной коммуникации, поддержание активной эмоциональной жизни и контроль над стрессом (Mora et al., 2012). Некоторые из перечисленных факторов кратко рассмотрены ниже (таблица 1).

**Таблица 1.** Факторы, влияющие на благополучное старение мозга и нейропластичность (цит. по Mora, 2013)

<b>Когнитивные нагрузки</b>
Обогащение среды способствует улучшению обучения, памяти, усиливает нейрогенез, увеличивает массу мозга, образование новых синапсов и дендритов, а также увеличивает экспрессию генов нейротрофических факторов (Mora et al., 2007; van Praag et al., 2000; Fratiglioni et al., 2004; Salthouse et al., 2002).
<b>Сокращение потребления пищи и здоровое питание</b>
Ограничение калорийности защищает мозг от старения. Эти эффекты включают в себя улучшение памяти, сокращение уменьшения плотности спинного мозга и усиление нейрогенеза. Ограничение калорийности может быть протективным фактором при болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона. Конкретные питательные вещества, такие как омега-3 жирные кислоты и витамины E и C могут снизить скорость старения мозга, защищая мембраны от окислительного повреждения, и замедлить когнитивные расстройства и прогрессирование болезни Альцгеймера (Colman et al., 2009; Prolla, Mattson, 2001; Lee et al., 2002; Masswood et al., 2004; Johnson et al., 2007).
<b>Аэробные физические упражнения</b>
Поддерживают здоровье мозга и его пластичность на протяжении всей жизни. Физические упражнения улучшают когнитивные функции, приводят к увеличению объема серого вещества, стимулируют нейрогенез и синаптогенез, а также увеличивают нейротрофические факторы в различных областях мозга. Физические упражнения могут защитить мозг от снижения когнитивных функций у пожилых людей, задержать начало и замедлить прогрессирование болезни Альцгеймера (Rolland et al., 2008; Editorial, 2007; Colcombe et al., 2007).
<b>Уменьшение хронического стресса</b>
Хронический стресс может вызвать когнитивную дисфункцию у пожилых людей и может увеличить скорость снижения когнитивных функций у пациентов с болезнью Альцгеймера. Предполагается, что стрессовый образ жизни повышает уровень глюкокортикоидов в мозге, и это отрицательно влияет на энергетический баланс нейронов и вызывает снижение когнитивных функций (Dias-Ferreira et al., 2009; Sapolski et al., 1986).

## **Патологическое когнитивное старение (на модели болезни Альцгеймера)**

Противоположным полюсом по отношению к благополучному старению является старение патологическое, которое занимает другую крайность спектра возрастных когнитивных изменений. Болезнь Альцгеймера (БА) является разрушительным заболеванием, поражающим значительную долю населе-

ния (Alzheimer's Association, 2010; Nebert et al., 2003). С продолжительности жизни населения, а также учитывая тот факт, что поздний возраст является наибольшим фактором риска развития БА, это расстройство может достигнуть масштабов эпидемии. БА была впервые обнаружена в 1906 году, но причины

этого разрушительного расстройства не были известны до недавнего времени. Характерной патологией мозга при БА является наличие синильных бляшек и нейрофибриллярных клубков, обнаруживающихся при вскрытии. Считается, что формирование бляшек при БА начинается с аномального распределения белка, называемого бета-амилоидом, который приводит к накоплению токсических фибрилл амилоида в течение 20-30 лет, прежде чем проявятся клинические симптомы заболевания. Эти аномальные белки продолжают накапливаться, особенно в лобных долях, передней поясной извилине и полосатом теле. В конечном итоге проявляется каскадный эффект, при котором возникают трудности с фосфорилированием тау-белка, что приводит к нейрофибриллярной дегенерации нервных клеток (Iqbal et al., 2009). Эти изменения приводят к разрушению синапсов и нейродегенерации таких структур, как гиппокамп и энторинальная кора. В свою очередь, прижизненно эти изменения могут быть визуализированы с помощью МРТ.

Из-за ранней нейродегенерации в медиальных структурах височной доли первые клинические проявления БА обычно рассматриваются как нарушение кратковременной памяти. По мере прогрессирования заболевания обычно возникают более выраженные проблемы с памятью, проявляющиеся в неправильном владении бытовыми навыками, забывании текущих заданий и событий, обстоятельных и повторяющихся разговорах на одни и те же темы и нарушении способности вспомнить недавние события. У пациента могут возникнуть трудности

с поиском слов, они могут потерять при прохождении привычных маршрутов и проявлять трудности с суждениями. Эти проявления отражают повышенное вовлечение кортикальных областей мозга в патологический процесс, включая лобные, височные и теменные доли.

Если говорить непосредственно о нейропсихологических изменениях при БА, следует упомянуть об исследовании проф. В.Г. Будзы и его коллег (2014), который с помощью нейролингвистического метода выявил первичный дефект гностико-праксического (акустическое звено) и фонологического (языковое) уровней речевой функциональной системы при данном заболевании. Синдром нарушений высших психических функций у больных с БА, по данным Г. А. Жарикова, И. Ф. Роциной, И. В. Колыхалова (1999), определяется «сочетанием отчетливых дефектов активационного обеспечения деятельности и ее динамических параметров со снижением возможностей программирования и контроля за протеканием деятельности». Кроме того, наблюдаются оптико-пространственные нарушения, проявившиеся в пробах Хеда, в рисунке, расстановке стрелок на «слепых» часах и др. У значительной части больных наблюдаются дефекты кинестетической и кинетической основы движений (Жариков, Роцина, Колыхалов, 1999).

Со временем пациент становится менее способным управлять своими делами и теряет способность выполнять простые навыки в повседневной жизни. Прогрессирование болезни варьируется от нескольких лет до целых 20 лет, но в конечном итоге приводит к полной нетрудо-

способности и возможной смерти (Alzheimer's Association, 2010).

Клинический диагноз вероятного БА по критериям Национального института неврологических, речевых расстройств и осложнений (США) включает в себя наличие следующих критериев (McKhann et al., 1984):

1) нарушения памяти в сочетании со снижением как минимум еще одной когнитивной функции (речь, мышление);

2) ухудшение социальной и / или профессиональной деятельности и

3) исключение других возможных причин синдрома деменции (сосудистая патология, травмы, воспаления, опухоли).

Иначе говоря, клинический диагноз вероятного БА - это «диагноз исключения», который может быть поставлен только после устранения всех прочих причин деменции. Нейропсихологическая диагностика рекомендуется как способ подтверждения наличия и количественной оценки степени когнитивного дефицита, затрагивающего различные функции. Хотя точность клинических критериев для вероятного БА в целом превышает 85%, окончательный диагноз расстройства может быть сделан только при исследовании плотности синильных бляшек и нейрофибрилярных клубков при аутопсии (Brooks, Loewenstein). Недавно Национальные институты по проблемам старения и рабочая группа Ассоциации Альцгеймера рекомендовали пересмотреть предложенные рекомендации по клинической диагностике БА (McKhann et al., 2006). Они уточнили диагноз вероятного БА, включив

в него речевые нарушения, расстройства зрительно-пространственных представлений и дефицит исполнительных функций.

## Заключение

Старение – очень сложный процесс, на который влияет огромное количество факторов, проявляющихся значительной вариабельностью у разных людей. Очевидно, многие факторы, включая контроль за количеством и составом потребляемой пищи, физическую активность и уменьшение стресса, являются необходимыми условиями благополучного старения мозга. Конструкт «благополучное старение» является комплексным феноменом, включающим в себя множество компонентов: физическое здоровье, эмоциональное благополучие, сохранность когнитивных процессов и интеллектуального потенциала, высокую социальную активность, ощущение контроля над собственной жизнью и удовлетворенность ею. Несмотря на многолетние научные дискуссии и внушительный массив эмпирических данных по этой теме, феномен благополучного старения по-прежнему далек от завершенной концептуализации и формирования универсального определения. Как бы то ни было, на сегодняшний день ясно, что старение есть широкий спектр возрастных изменений в организме и психике, на одном конце которого располагается благополучное старение, а на другом – проявления старения патологического (рис. 1).



Рис. 1. Спектр старения

В когнитивной геронтологии благополучное старение связывается с высоким уровнем сохранности познавательных процессов и интеллектуальной сферы личности. Это обеспечивается феноменом нейропластичности, при котором наблюдается прочность нейрональных связей и сохранность компенсаторных резервов мозга у пожилых.

Как отмечалось ранее, старение мозга – это процесс, который присущ нейрональным мозговым механизмам и происходит под влиянием гормонов и нейромодуляторов, которые вырабатываются периферическими органами и эндокринными железами. Во время старения при хроническом стрессе связанные со стрессом гормоны и нейромедиаторы могут кардинально изменить функционирование специфических нейронных сетей в мозге. Эти эффекты могут быть модулированы и

ослаблены у лиц, живущих в обогащенных условиях окружающей среды, что подчеркивает важность поддержания здорового образа жизни при старении мозга.

Основная проблема, с которой сталкивается современное общество, заключается в том, как изменить образ жизни и привычки, особенно у пожилого населения. Тем не менее, исследования дают убедительные доказательства того, что профилактика многих заболеваний может проводиться в большей степени за счет образа жизни, питания, поведения, мышления, который включает в себя когнитивные и физические упражнения и управление стрессом. Профилактика снижения когнитивных функций и деменции может быть решающим аргументом поддержки политики общественного здравоохранения.

## Литература

- Будза В. Г. Психолингвистический анализ речи больных сенильной деменцией / в кн.: Оренбургская психиатрия на рубеже веков. Хрестоматия / В. Г. Будза, Е. Ю. Антохин, П. О. Бомов/ Том I: Геронтопсихиатрия. – Оренбург: Изд-во ОрГМА, 2014 г. С. 148-157.
- Жариков Г. А., Рощина И. Ф., Колыхалов И. В. Диагностика и лечение болезни Альцгеймера на ранних этапах ее развития / в кн.: Гаврилова С.И. (под. ред.) «Болезнь Альцгеймера и старение: от нейробиологии к терапии» Материалы Второй Российской конференции 18 - 20 октября 1999 г. <http://psychiatry.ru/lib/1/book/1/chapter/5>
- Albinet C. T., Boucard G., Bouquet C. A., Audiffren M. (2012). Processing speed and executive functions in cognitive aging: How to disentangle their mutual relationship? *Brain and Cognition*, 79, 1-11.
- Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement.* 2010;6:158–94.
- Au R., Joung P., Nicholas M., Obler L. Naming ability across the adult life span. *Aging Cognition*. 1995;2:300-11.
- Ballard J. Forgetfulness and older adults: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(6): 1409–1419. [PubMed: 20384638]
- Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P.B.; Baltes, M.M., editors. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press; Cambridge, England: 1990. p. 1-34.
- Brooks L.G., Loewenstein D.A. Assessing the progression of mild cognitive impairment (MCI) to Alzheimer's disease: current trends and
- Brown D. Role of microglia in age-related changes to the nervous system. *The Scientific World Journal*. 2009; 9:1061–1071. doi: 10.1100/tsw.2009.111.
- Bruce-Keller A. J., Brouillette R. M., Tudor-Locke C., Foil H. C., Gahan W. P., Nye D. M., et al. (2012). Relationship between cognitive domains, physical performance, and gait in elderly and demented subjects. *Journal of Alzheimer's Disease*, 30, 899-908.
- Christensen H. What cognitive changes can be expected with normal aging? *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:768-75. cognition in community-dwelling elderly. *Psychol Aging*. 1994;9:381-90.
- Clay O.J., Edwards J.D., Ross L.A., Okonkwo O., Wadley V.G., Roth D.L., Ball K.K. Visual function and cognitive speed of processing mediate age-related decline in memory span and fluid intelligence. *J Aging Health*. 2009;21:547-66.
- Colcombe S.J., Eriksom K.I., Scalf E.P., et al. Aerobic exercise training increases brain volume in aging human. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61:1160-1170.
- Colman R.J., Anderson R.M., Johnson S.C., et al. Caloric restriction delays

- disease onset and mortality in rhesus monkeys. *Science*. 2009;325:201-204.
- Coyne J.T. Use it or lose it – Do effortful mental activities protect against dementia. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348:2489–2490. [PubMed: 12815133]
- Dias-Ferreira E., Sousa J.C., Melo I., Morgado P., Mesquita A.R., Cerqueira J.J., Chronic stress causes frontostriatal reorganization and affects decisionmaking. *Science*. 2009;325:621-625.
- Editorial. Exercising to keep aging at bay. *Nat Neurosci*. 2007;10:203.
- Edwards J.D., Wadley V.G., Vance D.E., Wood K., Roenker D.L., Ball K.K. The impact of speed of processing training on cognitive and everyday performance. *Aging and Mental Health*. 2005; 9(3): 262–271. doi: 10.1080/13607860412331336788. [PubMed: 16019280]
- Fields R.D. *The other brain: From dementia to schizophrenia, how new discoveries about the brain are revolutionizing medicine and science*. Simon & Schuster; New York, NY: 2009.
- Fratiglioni L., Paillard-Borg S., Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*. 2004;3:343-353.
- Giovagnoli A.R., Del Pesce M., Mascheroni S., Simoncelli M., Laiacona M., Capitani E. Trail Making Test: Normative values from 287 normal adult controls. *Ital J Neurol Sci*. 1996;17:305-9.
- Goul W.R., Brown M. Effects of age and intelligence on Trail Making Test performance and validity. *Percept Mot Skills*. 1970;30:319-26.
- Gunstad J., Paul R.H., Brickman A.M., Cohen R.A., Arns M., Roe D., Gordon E. Patterns of cognitive performance in middle-aged and older adults: A cluster analytic examination. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2006;19:59-64.
- Harman D., “Aging: overview,” *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 928, pp. 1–21, 2001.
- Hartley A., Angel L., Alan Castel, Didierjean A., Geraci L., Hartley J., Hazeltine E., Lemaire P., Maquestiaux F., Ruthruff E., Taconnat L., Thevenot C., Touron D. (2018) Successful aging: The role of cognitive gerontology, *Experimental Aging Research*, 44:1, 82-93, DOI: 10.1080/0361073X.2017.1398849
- Havighurst T. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1, 8–13. doi: 11.1.8/1.1.8
- Hebert L.E., Scherr P.A., Bienias J.L., Bennett D.A., Evans D.A. Alzheimer’s disease in the U.S. population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurol*. 2003;60:1119–22.
- Howieson D., Holm L., Kaye J., Oken B. Neurologic function in the optimally healthy oldest old: Neuropsychological evaluation. *Neurology*. 1993;43:1882-6.
- Iqbal K., Liu F., Gong C.X., Alonso Adel C., Grundke-Iqbal I. Mechanisms of tau induced neurodegeneration. *Acta Neuropathol*. 2009;118(1):53–69.
- Jennings J.M., Jacoby L.L. Automatic versus intentional uses of memory: Aging, attention, and control. *Psychol Aging*. 1993;8:283-93.

- Johnson J.B., Summer W., Cutler R.G., et al. Alternate day calorie restriction improves clinical findings and reduces markers of oxidative stress and inflammation in overweight adults with moderate asthma. *Free Radic Biol Med.* 2007;42:665-674.
- Kane M.J., Hasher L., Stoltzfus E.R., Zacks RT, Connelly SL. Inhibitory attention mechanisms and aging. *Psychol Aging.* 1994;9:103-12.
- Kempler D., Tang E., Dick M., Taussig I., Davis D. The effects of age, education, and ethnicity on verbal fluency. *J Int Neuropsychol Soc.* 1998;4:531-8.
- Kennedy K.J. Age effects on Trail Making Test performance. *Percept Mot Skills.* 1981;52:671-5.
- Lee J., Duan W., Mattson M.P. Evidence that brain derived neurotrophic factor is required for basal neurogenesis and mediates, in part, the enhancement of neurogenesis by dietary restriction in the hippocampus of adult mice. *J Neurochem.* 2002;82:1367-1375.
- Lindenberger U. (2014). Human cognitive aging: Corriger la fortune? *Science*, 346, 572–578. doi:10.1126/science.1254403
- Masswood N., Young J., Tilmont E., et al. Caloric restriction increases neurotrophic factor levels and attenuates neurochemical and behavioural deficits in a primate model of Parkinson's disease. *PNAS.* 2004;101:18171-18176.
- McGuire L.C., Ford E.S., Ajani U.A. Cognitive functioning as a predictor of functional disability in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2006; 14(1):36–42. doi: 10.1097/01.JGP.
- 0000192502.10692.d6. [PubMed: 16407580]
- McKhann G., Drachman D., Folstein M., Katzman R., Price D., Stadlan E. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology.* 1984;34:939–44.
- McKhann G., Knopman D., Chertkow H., Hyman B.T., Jack C.R., Kawas K.H., Klunk W.E., Koroshetz W.J., Manley J.J., Mayeux R., Mohs R.C., Morris J.C., et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institutes on Aging-Alzheimer's Association workgroup on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement.* 2011;7(3):263–9.
- Mora F., Segovia G., del Arco A. Aging, plasticity and environmental enrichment: structural changes and neurotransmitter dynamics in several areas of the brain. *Brain Res Rev.* 2007;55:78-88.
- Mora F., Segovia G., del Arco A., de Blas M., Garrido P. Stress, neurotransmitters, corticosterone and body-brain integration. *Brain Res.* 2012; 1476:71-85.
- Mora F. Successful brain aging: plasticity, environmental enrichment, and lifestyle. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013;15:45-52.
- Park D.C., Lautenschlager G, Hedden T, Davidson NS, Smith AD, Smith PK. Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychol Aging.* 2002;17:299-320.
- Park D.C., Reuter-Lorenz P. The adaptive brain: Aging and neurocogni-

- tive scaffolding. *Annu Rev Psychol.* 2009;60:173-96.
- Peterson N. M., & Martin, P. (2015). Tracing the origins of success: Implications for successful aging. *The Gerontologist*, 55, 5–13. doi: 10.1093/geront/gnu054
- Prolla T.M., Mattson M.P. Molecular mechanisms of brain aging and neurodegenerative disorders: lessons from dietary restriction. *Trends Neurosci.* 2001;11:S21-S31.
- Pruchno R. (2015). Successful aging: Contentious past, productive future. *The Gerontologist*, 55, 1–4. doi: 10.1093/geront/gnv002
- Rabbit P.M.A., McInnes L., Diggle P., Holland F., Bent N., Abson V., Horan M. The University of Manchester longitudinal study of cognition in normal healthy old age, 1983 through 2003. *Aging NeuropsycholCognition.* 2004;11:245-79.
- Randolph C., Lansing A.E., Ivnik R.J., Cullum C.M., Hermann B.P. Determinants of confrontation naming performance. *Arch Clin Neuropsychol.* 1999;6:489-96.
- Reuter-Lorenz P.A., Stanczak L. (2000). Differential effects of aging on the functions of the corpus callosum. *Developmental Neuropsychology*, 18, 113–137. doi: 10.1207/S15326942DN1801\_7
- Richards M., Hatch S. L. (2011). Good news about the ageing brain. *British Medical Journal*, 343, d6288.
- Rolland Y., van Kan G.A., Vellas B. Physical activity and Alzheimer's disease: from prevention to therapeutic perspectives. *J Am Med Dir Assoc.* 2008;9:390-405.
- Ross T.P., Lichtenberg P.A. Effects of age and education on neuropsychological test performance: A comparison of normal versus cognitively impaired geriatric medical patients. *Aging, Neuropsychol Cognition.* 1997;4:74-80.
- Rowe J. W., Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433–440. doi: 10.1093/geront/37.4.433
- Rowe J. W., Kahn R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149. doi:10.1126/science.3299702
- Ruff R.M., Light R.H., Parker S.B., Levin H.S. The psychological construct of word fluency. *Brain Lang.* 1997;57:394-405.
- Rush B.K., Barch D.M., Braver T.S. Accounting for cognitive aging: Context processing, inhibition, or processing speed? *Aging, Neuropsychol Cognition.* 2006;13:588-610.
- Salthouse T.A. The processing speed theory of adult age differences in cognition. *Psychol Rev.* 1996;103:403-28.
- Salthouse T.A., Berish D.E., Miles J.D. The role of cognitive stimulation on the relations between age and cognitive functioning. *Psychol Aging.* 2002;17:548-557.
- Sapolski R.M., Krey L.C., McEwen B.S. The neuroendocrinology of stress and aging: glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocr Rev.* 1986;7:284-301.
- Schaie K.W. (2013). *Developmental influences on adult intelligence: The Seattle Longitudinal Study* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Shafiq M.A., Burker D.M., Stamatakis E.A., Tam P.P., Tyler L.K. On the tip-of-the-tongue: Neural correlates of increased word-finding failures in normal aging. *J Cogn Neurosci.* 2007;19:2060-70.

- Stern Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47, 2015–2028. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004
- Touron D. R. (2015). Memory avoidance by older adults: When ‘old dogs’ won’t perform their ‘new tricks’. *Current Directions in Psychological Science*, 24, 170–176. doi: 10.1177/0963721414563730
- van Praag H, Kempermann G, Gage FH. Neural consequences of environmental enrichment. *Nat Rev Neurosci*. 2000;1:191-198.
- Vance D. E., Kaur J., Fazeli P. L., Talley M. H., Yuen H. K., Kitchin B., Lin F. Neuroplasticity and Successful Cognitive Aging: A Brief Overview for Nursing. *J Neurosci Nurs*. 2012 August ; 44(4): 71.
- Vance D.E., Crowe M. A proposed model of neuroplasticity and cognitive reserve in older adults. *Activities, Adaptation and Aging*. 2006; 30(3):61–79. doi: 10.1300/J016v30n03\_04.
- Vance D.E., Eagerton G., Harnish B., McKie-Bell P., Fazeli P. Cognitive prescription across the lifespan: A nursing approach to increasing cognitive reserve. *Journal of Gerontological Nursing*. 2011; 37(4):22–29. doi: 10.3928/00989134-20101202-03. [PubMed: 21175110]
- Verny M., Moysé E., Krantic S. Successful Cognitive Aging: Between Functional Decline and Failure of Compensatory Mechanisms. *Bio-Med Research International*. Volume 2015, Article ID 367407, 4 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/367407>
- Woodard J., Benedict R., Roberts V., Goldstein F. Short-form alternatives to the Judgment of Line Orientation Test. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1996;18:898-904.

# **Neurocognitive functions in successful aging.**

## **Part 1: The state of the art**

A.I. Erzin, A.Yu. Kovtunencko

Orenburg State Medical University. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg, Russia; e-mail: alexerzini@gmail.com

*Abstract.* The article is devoted to the consideration the successful aging phenomenon from the position of cognitive gerontology. The authors clarify that at the moment there are significant difficulties in the conceptualization of this construct. A review of current research on the problem of successful aging, its cognitive gerontopsychological aspects is presented. Neurophysiological, metabolic and neuropsychological aspects of normal and pathological aging are considered (on the Alzheimer's model). It is clarified that successful aging can be located at the other end of the spectrum of age-related changes in the brain and its functions. The concept of positive neuroplasticity is presented within the framework of the evaluation the brain mechanisms of successful aging, and the role of the compensatory reserves of the neuronal cognitive substrate is described. The lifestyle-related factors that have a positive effect on the preservation of neuroplasticity at a later age are summarized.

*Keywords:* successful aging, gerontology, gerontopsychology, cognitive functions, late age, neuroplasticity, Alzheimer's disease.

## **Изменения в когнитивном компоненте временной перспективы как биопсихосоциальный индикатор течения старения**

А.И. Мелёхин

Российский геронтологический научно-клинический центр, ФГБУН Институт психологии Российской Академии Наук. Лаборатория психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях, г. Москва, Россия; e-mail: clinmelehin@yandex.ru

**Аннотация.** Статья посвящена описанию специфики когнитивного компонента временной перспектив, т.е. связанности временных зон (прошлое, настоящее, будущее) в пожилом и старческом возрасте. Показано, что в позднем возрасте наблюдается трансформация когнитивной репрезентации временной перспективы, сниженная связанность временных зон между собой, что говорит о наличии расслоения «Я» во времени. У респондентов 55-60 лет наблюдается большая интеграция трех временных зон, при которой прошлое, настоящее и будущее непрерывны, но не связаны между собой. В группе респондентов 61-74 лет наблюдается большая преемственность прошлого и настоящего времени, по сравнению с группами 55-60 и 75-90 лет, что говорит о большей интеграции прошлого как ресурса для личного настоящего и будущего времени. Выделены биопсихосоциальные предикторы, влияющие на связанность временных зон в пожилом и старческом возрасте.

**Ключевые слова:** временная перспектива, старение, пожилой возраст, старческий возраст.

### **Введение**

Изменения в временной перспективе в пожилом и старческом возрасте, являются одним из биопсихосоциальных маркеров течения старения или взаимодействия с жизнью (engagement with life) (Kazakina, 2013; Stolarski, Fieulaine, 2015; Webster, Ma, 2013). Показано, что наличие этих изменений в пожилом возрасте является индикатором:

- Адаптации к изменяющимся жизненным обстоятельствам (Konefal, 2006);

- Здоровье-сберегающего и профилактического поведения. Например в отношении сердечно-сосудистых расстройств, колоректального рака, рака молочной железы и сахарного диабета (Olivera-Figueroa, 2015; Laureiro-Martinez, 2017);

- Положительного функционирования (Bonniwell, Osin, 2010);

- Удовлетворенности качеством жизни, субъективного благополучия (Стрижицкая, 2006; Pethtel, 2018);

- Эмоционального состояния: стресс реактивность/ гипогиперкортизолемиическая тенден-

ция (Olivera-Figueroa, 2015); депрессии позднего возраста (Микеладзе, 2016; Grün, 2016); агрессии; тревожного спектра расстройств (Kazakina, 2013; Gabrian, 2017);

• Психологической устойчивости (Ricci Bitt, 2015).

Наличие тенденции «смотреть вперед» (looking forward), конструктивного, расширенного образа себя в будущем подталкивает пожилого человека для достижения не только краткосрочных, но и долгосрочных целей. Присутствие тенденции «смотреть назад» (looking back), негативных переживаний, связанных с прошлым и страха бу-

дущего, «синдром отсутствия будущего» (no future syndrome) как психических раздражителей сопровождаются ощущением безнадежности, чрезмерной тревогой которые приводят к росту *воспалительной активности в организме*, которая увеличивает риски развития сердечно-сосудистых, ожирения, нейродегенеративных заболеваний, сахарного диабета, тревожного спектра расстройств и расстройств настроения

(Laureiro-Martinez, Trujillo, 2017).

Выделяют следующие компоненты временной перспективы (рис.1):



Рис. 1. Компоненты временной перспективы (Mello, Worrel, 2006)

По сей день большее внимание уделяется *эмоциональному* компоненту временной перспективы в пожилом и старческом возрасте. По-прежнему недостаточно исследованы факторы, влияющие на специфику временной перспективы. В связи с этим **целью данного исследования** является выявление специфики когнитивного компонента временной перспективы в пожилом и старческом возрасте и ее свя-

зи с гериатрическим статусом состояния здоровья.

## Материалы и методы

### Участники исследования:

- 1) 55-60 лет – 120 человек (17 мужчин и 103 женщины,  $56,6 \pm 1,8$  лет);
- 2) 61-74 лет - 120 человек (13 мужчин и 107 женщин,  $66,7 \pm 3,9$  лет) и 3)
- 75-90 лет – 50 (11 мужчин и 39 женщин,  $79,4 \pm 3,5$  лет) проходившие ам-

булаторное обследование состояния здоровья в Консультативно-диагностическом центре № 2, Городской поликлиниках № 41 и 186 г. Москвы.

**Критерии исключения:**

• Осложненная коморбидность. Индекс полиморбидности (CIRSG) > 24 баллов;

• Наличие хронических расстройств в стадии обострения, интоксикаций, выраженных сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут влиять на психическое состояние (органная недостаточность, болезни легких, аутоиммунные заболевания, острые бактериальные, вирусные инфекции, системные дисметаболические состояния; витаминная недостаточность);

• Серьезные нарушения слуха (пресбиакузис) и зрения (возрастная макулярная дегенерация, дальнозоркость и др.);

• Оценка когнитивного функционирования (по MoCA) < 26 баллов;

• Нейродегенеративные заболевания и неврологические заболевания (опухоли, сосудистые поражения, нейроинфекции, эпилепсия, черепно-мозговые травмы);

• Оценка эмоционального благополучия (по GDS-30) > 20 баллов;

• Наличие аффективного спектра расстройств; психотической симптоматики, гипоманиакальных и маниакальных симптомов;

• Наличие негативизма со стороны пожилого человека; признаки формального отношения к обследованию, отказ человека позднего возраста, его родственников и/или доверительных лиц от участия в исследовании.

Социально-демографические и клиничко-анамнестические характеристики респондентов представлены в таблице 1.

**Таблица 1.** Социально-демографические и клиничко-анамнестические характеристики респондентов трех возрастных групп

Характеристики выборки	Группы респондентов		
	55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
<b>Всего респондентов</b>	120	120	50
<b>Средний возраст, лет (M±SD)</b>	56,6±1,8	66,7±3,9	79,4±3,5
<b>Соотношение по полу (%/n):</b>			
Мужчины	14 (17)	11 (13)	22 (11)
Женщины	86(103)	89 (107)	78 (39)
<b>Уровень образования (%/n):</b>			
Начальное	0	5 (6)	8 (4)
Среднее	10(12)	17 (20)	10 (5)
Средне-специальное	53 (64)	44 (53)	46 (23)
Высшее	37(44)	34(41)	36 (18)
<b>Семейный статус (%/n):</b>			
Состоят в браке	52 (62)	40 (48)	24(12)
Вдовство	14 (17)	22 (26)	62 (31)
Разведены	34 (41)	38 (46)	14 (7)
<i>Дети</i>	85 (102)	76 (91)	94 (47)
<i>Нет детей</i>	15 (18)	24 (29)	6 (3)
<b>Рабочий статус (%/n):</b>			
Работают	60 (72)	42 (51)	12 (6)
Не работают	40 (48)	58 (69)	88 (44)
<b>Злоупотребление алкоголем (%/n)</b>			
Курение (%/n)	4 (5)	7 (8)	6 (3)
20 (24)	29 (35)	14 (7)	
<b>Назначенные и принимаемые препараты (%/n):</b>			
Гипотензивная терапия	28 (37)	49 (59)	78 (39)
Сахароснижающая терапия	11 (13)	29 (35)	31 (15)
Ноотропная терапия	20 (24)	40 (48)	76 (37)
Сосудистая терапия	23 (27)	46 (55)	78 (39)
Терапия НПВП	39 (47)	66 (79)	89 (44)
<b>Субъективная оценка себя больным по WHOQOL-BREF (%/n)</b>			
Считают себя больными	35 (42)	40 (48)	85 (42)
Не считают себя больными	65 (78)	60 (72)	15 (8)
<b>Удовлетворенность состоянием здоровья по WHOQOL-BREF (%/n)</b>			
Очень не удовлетворён(а)	27 (32)	29 (34)	42 (21)
Ни плохо, ни хорошо	31 (38)	41 (49)	48 (24)
Очень удовлетворен(а)	42 (50)	31 (37)	10 (5)
<b>Удовлетворенность качеством жизни по WHOQOL-BREF (%/n)</b>			
Плохо	6 (7)	22 (26)	16 (8)
Ни плохо, ни хорошо	33 (40)	65 (78)	62 (31)
Хорошо	61 (73)	13 (16)	22 (11)

Примечание. M- среднее значение; SD – стандартное отклонение; n-количество респондентов; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, WHOQOL-BREF - краткий опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения.

**Методы и методики исследования** были разделены на следующие диагностические блоки:

**I. Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья:** опросник субъективной оценки здоровья гериатрического

пациента (Geriatric Health Questionnaire, University of Iowa Health Care); гериатрическая шкала кумулятивности расстройств (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics); краткий опросник качества жизни Всемирной организации

здоровья (WHOQOL-BREF); Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA); гериатрическая шкала оценки симптомов депрессии (Geriatric Depression Scale-30); Калифорнийская шкала оценки чувства одиночества (Revised UCLA Loneliness scale).

**II. Оценка когнитивного компонента временной перспективы** осуществлялась с помощью *графического кругового теста Т. Коттла* (circles test).

–*Инструкция.* Респонденту предлагался чистый лист бумаги А4, простой карандаш: «Представьте себе свою жизнь: прошлое, настоящее и будущее. Теперь изобразите ее в виде трех кругов: соответственно прошлое, настоящее и будущее та-

ким образом, чтобы рисунок максимально соответствовал тому, как Вы представляете взаимоотношения между Вашим прошлым, настоящим и будущим. Вы можете использовать круги разных размеров. Когда рисунок будет закончен, подпишите, пожалуйста, круги, чтобы было понятно, какой из кругов соответствует прошлому, настоящему и будущему» (Белинская, Давыдова, 2008).

– *Интерпретация.* В связи с различными схемами интерпретации полученных результатов по данному тесту нами на основе отечественных исследований (Белинская, Давыдова, 2008; Гудзовская, 1994; Мартиросян, 2014; Нестик, 2014) был систематизирован алгоритм оценки полученных результатов (рис.2).

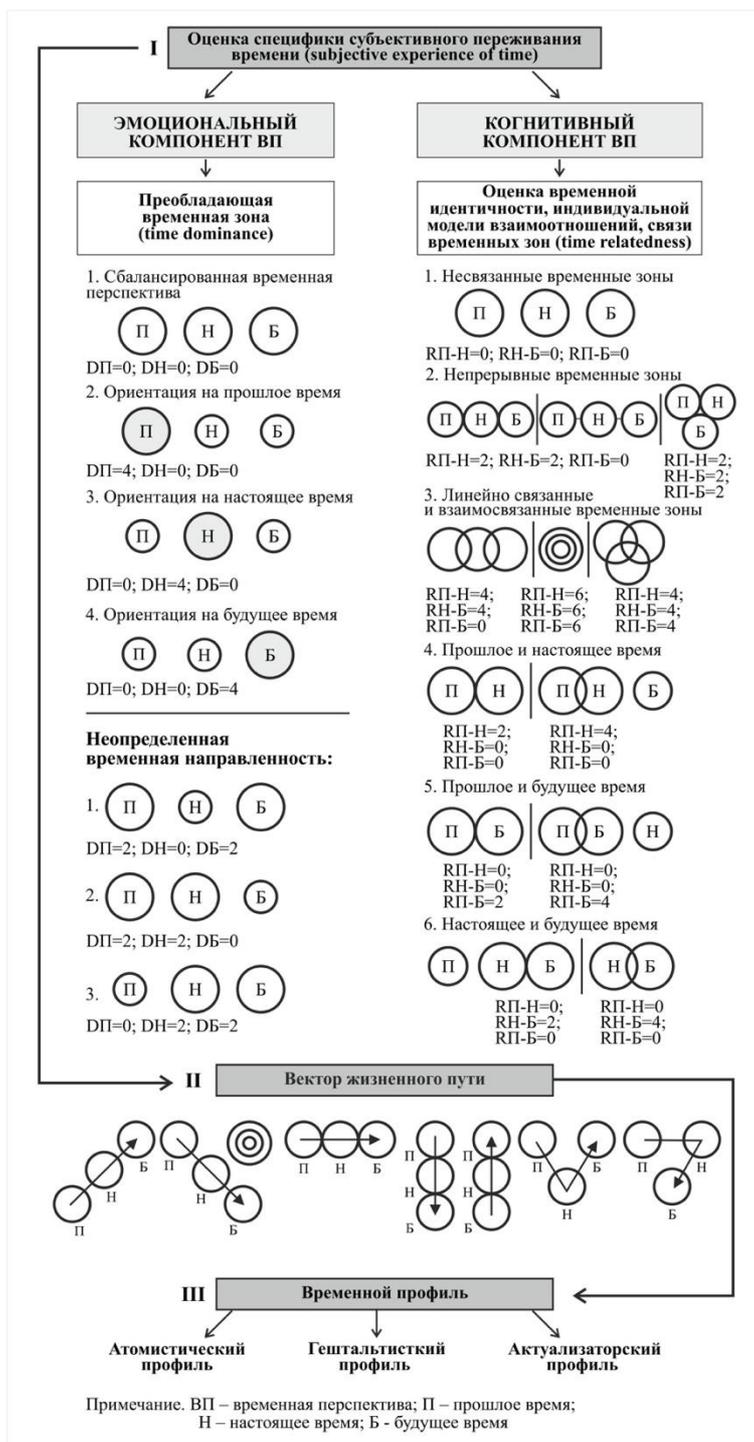


Рис. 2 Алгоритм количественной и качественной оценки полученных данных по круговому тесту Т. Коттла

Примечания к алгоритму рис. 1 представлены нами в таблице 2.

**Таблица 2.** Оценка компонентов временной перспективы по круговому тесту Т. Коттла

<b>Компонент ВП</b>	<b>Тип оценки</b>	<b>Описание</b>
<b>Связанность временных зон (отношение ко времени)</b>	<i>Количественная оценка</i>	Все три круга изображены отдельно друг от друга (0 баллов); если соприкасаются какие-либо из двух кругов (2 балла); если какие-то из двух кругов пересекаются (4 балла); если один из кругов полностью расположен в другом круге (6 баллов). Общая связанность рисунков лежит в пределах от 0 баллов (все 3 круга изображены отдельно) до 18 баллов (каждый круг расположен в другом круге, рисунок имеет вид мишени).
	<i>Качественная оценка</i>	Линейно-непрерывная временная перспектива (преобладание будущего времени, линейная связанность трех временных зон); дискретная временная перспектива (значимы все три временные зоны, однако не прослеживается связанности между ними); дискретная временная перспектива с ориентацией на прошлое/будущее; интегрированная временная перспектива (взаимосвязанность трех временных зон)
<b>Доминирующая временная зона</b>	<i>Количественная оценка</i>	Оценивается относительная величина трех кругов. Временная зона больше двух других – 4 балла; меньше двух других – 0 баллов; временная зона меньше одного, но больше другой зоны – 2 балла.
	<i>Качественная оценка.</i>	Оценивается путем измерения размера кругов, чем больше круг, тем данная временная зона предпочтительнее для человека.
<b>Временной вектор</b>	<i>Качественная оценка</i>	Требуется соединить центры полученных кругов респондентов трех возрастных групп от прошлого до будущего времени. Подробнее о значении каждого вектора см. (Гудзовская,1994).
<b>Временной профиль</b>	<i>Качественная оценка</i>	Атомистический профиль (ориентация на настоящее или ближайшее будущее время, нет интеграции прошлого будущего); гештальтистский профиль (ориентация на прошлое); актуализаторский профиль (ориентация на будущее).

## **Результаты исследования и их обсуждение**

**Связанность временных зон.** Наблюдаются темпоральная ригидность проявляющаяся в сни-

женной связанности временных зон между собой. Это говорит о дестабилизации в осознании своего «Я» во времени или прерывистой временной взаимосвязи между прошлым, настоящим и будущим в позднем возрасте (табл.1).

**Таблица 3.** Степень связанности временных зон (круговой тест Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Параметры оценки	55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 лет (С)		Уровень значимости критерия Манна-Уитни
	n=120		n=120		n=50		
	М	SD	М	SD	М	SD	
Индекс степени связанности временных зон [18]	4,06	3,52	2,88	2,47	2,56	3,25	AB**, AC**, BC**.
Связь <i>прошлого</i> и <i>настоящего</i> [6]	3,1	1,23	4,4	1,5	2,84	1,67	AB*, BC*.

Примечание. М – среднее значение. SD-стандартное отклонение. В квадратных скобках указан максимальный балл по параметрам теста. \*\* -  $p < 0,01$ , \* -  $p < 0,05$  при попарном сравнении групп- А,В,С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Отсутствие временной непрерывности, связанности временных зон является индикатором «хрупкая» пограничная личностная организация (Е.Т. Соколовой), которая в условиях неопределенности приводит к сниженной способности справляться с *субъективной неопределенностью* (Соколова, 2015).

У респондентов 61-74 лет наблюдается большая преобладание *прошлого* и *настоящего* времени, по сравнению с группами 55-60 и 75-90 лет. Это говорит о большей интеграции прошлого опыта как ресурса или *деструктивного фактора* в настоящее, в зависимо-

сти от эмоциональной оценки прошлого времени. У большинства респондентов наблюдается преобладание *дискретной временной перспективы*, для которой характерно неопределенность в доминирующей временной зоне или одновременная значимость прошлого, настоящего и будущего времени, однако при этом не прослеживается связанность этих временных зон (табл.4). Эти три несвязанные временных зоны формируют у человека позднего возраста прерывистую цепь жизни, что говорит о наличии неопределенности «Я» перед лицом настоящего и будущего (Соколова, 2015).

**Таблица 4.** Отношение ко времени (круговой тест Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Виды отношения ко времени	Примеры изображений	55-60 лет (n=120)	61-74 лет (n=120)	75-90 лет (n=50)
Несвязанные временные зоны. Дискретная ВП.		38(46)	46(55)	54(27)
Непрерывные временные зоны		17(21)	12(14)	16(8)
Линейно-непрерывно связанные временные зоны		22(27)	9(11)	2(1)
Интегрированные временные зоны		5(6)	6(7)	10(5)
Связанное прошлое и настоящее время		7(9)	16(19)	10(5)
Связанное настоящее и будущее время		4(5)	2(3)	1(1)

Связанное прошлое и будущее время		1(1)	1(1)	0
Двойное будущее время		2(2)	3(4)	0
Отсутствие будущего времени		2(3)	5(6)	6(3)

*Примечание.* ВП – временная перспектива, П – прошлое время, Н – настоящее время, Б – будущее время, Б1 – «реальное» будущее, Б2 – «желаемое» будущее

У респондентов 55-60 лет прослеживается большая интеграция временных зон между собой, при которой прошлое, настоящее и будущее *непрерывны*, но не связаны между собой. Мы отметили наличие негативных мыслей, связанных с отрицательным прошлым, защитной обеспокоенностью за будущее с преобладанием игнорирования мыслей о будущем, тенденцией избегать тем, связанных с будущим. У пожилого человека появляются негативные мысли о том, что он не может контролировать будущее и с максимальной уверенностью планировать свою деятельность в нем. Появляется страх роста обязательств в будущем, с которыми по убеждениям пожилого человека, он не сможет справиться. Отметим, некоторые символические тенденции в изображении круга будущего времени респондентами трех возрастных групп:

- *Круг из пунктирных линий.* Например, «будущее для меня туманное» (Ж, 67<sup>1</sup>);

- *Жирный крест.* Например, «крест поставила, потому что вижу, как я умерла...» (Ж,64);

- *Жирная точка.* Например, «для меня будущее – это черное неизвестное пятно в моей жизни» (Ж,67);

- *Знак вопроса или восклицательный знак.* Например, «в будущем болезнь, наверное, болезнь, но, честно, я его не вижу и не хочу думать о том, что там будет» (Ж,63).

- *Феномен «двойного будущего».* Заключается в том, что респонденты пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) изображали будущее время с помощью двух кругов. Первый круг они называли как «Желаемое будущее», т.е., каким хотели бы они видеть его респонденты. Вторым круг называли как «Реальное будущее», как они реально видят его на осно-

<sup>1</sup> Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст

ве актуальной жизненной ситуации.

Наличие феномена «двойного будущего» (табл.4) в позднем возрасте мы рассматриваем как:

- *Индикатор осознание возрастных изменений* (Gabrian, Brothers, 2017);

- *Неопределенную перспективу будущего времени* (Laureiro-Martinez, 2017);

- *Форму первичного контроля* направлена чтобы спрогнозировать те или иные последствия в их жизненном контексте (Schultz, Heckhausen, 1996);

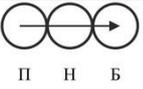
- *Открытая временная перспектива будущего* (Carstensen, 2006);

- *Проявление «Возможных-Я»* (Василевская, Молчанова, 2016);

- *Наличие оптимистичного сценария будущего в пожилом возрасте, как «буфер от стрессов» или диспозиционный оптимизм* (dispositional optimism) против негативных установок о старости и старения (Gabrian, Dutt, 2017). У респондентов наблюдались дисфункционального убеждения: «у стариков не может быть будущего».

**Анализ векторов жизненного пути.** У большинства респондентов преобладал *четвертый тип* вектора жизненного пути (табл.5). Для таких людей характерна высокая ценность *функциональной автономии*, стремление действовать самостоятельно, желание жить в соответствии со своей системой ценностей, идеями, удовлетворять свои индивидуальные потребности.

**Таблица 5.** Типы векторов жизни (по круговому тесту Т. Котлла) у респондентов трех возрастных групп

Группы	Векторы жизненного пути (по А.А. Гудзовской)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
55-60 лет								
61-74 лет	5(6)	7(9)	4(5)	57(69)	2(2)	8(10)	6(7)	10(12)
75-90 лет	4(5)	15(18)	2(2)	56(67)	1(1)	7(9)	2(2)	13(16)
75-90 лет	4(2)	10(5)	0	72(36)	0	6(3)	4(2)	4(2)

*Примечание.* П – прошлое время, Н – настоящее время, Б – будущее время.

Из таблицы 5 видно, что в позднем возрасте встречается второй и шестой типы, для которых ха-

рактерны следующие особенности: пессимизм в отношении прогноза собственного старения, преоблада-

ние пассивных копинг-стратегий, повышенное внимание к финансовой безопасности и престижу. Для *седьмого типа*, который встречается у респондентов 55-60 лет характерны: ригидность, зависимость и повышенная доверчивость. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) наблюдается *восьмой тип* вектора жизненного пути, для которого свойственны активные копинг-стратегии совладания со стрессом, высокий интерес к самореализации, удовле-

творенность качеством жизни, стремление к руководству действиями других людей.

**Регрессионный анализ:** преморбидный когнитивный ресурс – уровень образования влияет на связанность временных зон. У респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) состояние социальных ресурсов (семейное положение, рабочий статус) выступает предиктором, влияющим на временную идентичность (табл.6).

**Таблица 6.** Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи гериатрического статуса и степени связанности временных зон (по круговому тесту Т. Котлла) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Степень связанности временных зон (по круговому тесту Т. Котлла)	<b>N</b>	120	120	50
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,510	0,514	0,569
	<b>Значимость модели (p)</b>	0,001	0,001	0,001
	<b>Константа</b>	13,117**	13,519**	14,71**
	<i>Семейный статус</i>	0,310**	0,374**	0,283*
	<i>Рабочий статус</i>	0,254*	0,271*	
	<i>Симптомы депрессии (GDS-30)</i>	-0,383**	-0,472**	-0,491**
	<i>Субъективное чувство одиночества (R-UCLA-LS)</i>	-0,318**	-0,458**	-0,367**
	<i>Качество жизни (WHOQOL-BREF)</i>	0,383**	0,410**	0,414**
	<i>Полиморбидность (CIRS-G)</i>	-	-	-0,157*
	<i>Когнитивное функционирование (MoCA)</i>	-	-	-

Примечание. \*p<0,05, \*\*p<0,01.

Социальные взаимоотношения с семьей, друзьями, наличие рабочей занятости влияют на когнитивный компонент временной перспективы, т.к. они положительно влияют на субъективное благополучие, однако также могут являться одним из источников стресса, что согласуется с рядом исследований (Laureiro-Martinez, Trujillo, 2017; Liu, 2016; Webster, Ma, 2013). Из таблицы 6

видно, что наличие *психологического стресса*, который сопровождается изменениями в удовлетворенности качеством жизни, в самооценке возраста, наличием симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества влияет на специфику связи временных зон друг с другом в определенный жизненный период человека позднего возраста, что согласуется с данными (Микелад-

ze,2016; Стрижицкая,2006; Gabrian,2017; Grün,2016; Kazakina,2013; Stolarski, Fieulaine, 2015; Pethel,2018). В старческом возрасте изменения в полиморбидном статусе влияют на степень связанность временных зон, что согласуется с данными С. Василе (Vasile,2015). Эти данные можно рассмотреть также через призму исследований Т.Д. Василенко (Василенко,2014) и Е. Казакиной (Kazakina,2013), которые показали, что наличие хронических соматических заболеваний, дезадаптивный вариант отношения к состоянию здоровья вызывает снижение событийной насыщенности и осмысленности жизни, увеличивается тревожные мысли о смерти (death anxiety), появляются страхи остаться в одиночестве в настоящем, это приводит к изменению в субъективной скорости течения времени, появляется разбалансированность временной перспективы, негативные установки по отношению к временным зонам. Те пожилые люди, которые не могут найти позитивные ориентиры в каждой временной зоне имеют повышенные риски развития пограничных психических расстройств.

## Выводы

Проведенное исследование позволило выявить следующие особенности и предикторы, влияющие

- полиморбидном статусе влияют на степень связанность временных зон.

на «биографический» масштаб восприятия времени в позднем возрасте:

- Наблюдается трансформация когнитивной репрезентации временной перспективы, сниженная связанность временных зон между собой, что говорит о наличии расщепления «Я» во времени. У респондентов 55-60 лет наблюдается большая интеграция трех временных зон, при которой прошлое, настоящее и будущее непрерывны, но не связаны между собой. В группе респондентов 61-74 лет наблюдается большая преемственность прошлого и настоящего времени, по сравнению с группами 55-60 и 75-90 лет. Это говорит о большей интеграции прошлого как ресурса для личного настоящего и будущего времени.

- В позднем возрасте уровень образования влияет на связанность временных зон. У респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) состояние социальных ресурсов (семейное положение, рабочий статус) выступает предиктором, влияющим на временную идентичность. Изменения в самооценке возраста, удовлетворенности качеством жизни, наличие симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества влияют на специфику связи временных зон друг с другом в определенный жизненный период человека позднего возраста. В старческом возрасте изменения в

## Литература

- Белинская Е.П., Давыдова И.С. Графический тест Коттла: специфика показателей временной перспективы // Психологическая наука и образование. 2007. № 5. С. 28–37.
- Василевская Е.Ю., Молчанова О.Н. Возможные я: обзор зарубежных исследований // Психология. Журнал ВШЭ. 2016. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnye-ya-obzor-zarubezhnyh-issledovaniy> (дата обращения: 17.04.2018).
- Василенко Т.Д. Трудная жизненная ситуация: методологический анализ // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. №6. Т. 29. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_6\\_29/nomer/nomero5.php](http://mprj.ru/archiv_global/2014_6_29/nomer/nomero5.php) (дата обращения: 17.04.18).
- Гудзовская А.А. Восприятие периодов жизни безработными современной провинции// Провинциальная ментальность России в прошлом и настоящем: Тезисы докладов конференции по исторической психологии российского сознания. Самара: Изд-во СамГПИ, 1994. С. 105-110.
- Мартиросян К.В. Сопоставительный анализ формальных характеристик временной перспективы в русской и армянской выборках /Фундаментальные исследования. – 2014. № 12. С. 1571-1575
- Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: дисс... канд. псих. наук. Москва, 2016, 196 с.
- Нестик Т.А. Социальная психология времени. М.: Изд-во Когито-центр, 2014. С. 496
- Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015. 895 с.
- Стрижицкая О.Ю. Самоотношение и временная транспектива личности в период поздней зрелости: дисс... канд. псих. наук. СПб, 2006, 221 с.
- Boniwell I., Osin E., Linley P.A. A question of balance: time perspective and well-being in British and Russian samples. //J. Posit. Psychol. 2010. Vol. 5, P. 24–40. doi: 10.1080/17439760903271181
- Carstensen L.L. The Influence of a Sense of Time on Human Development //Science. 2006. Vol. 312. № 5782. pp. 1913–1915. doi: 10.1126/science.1127488
- Gabrian M., Dutt A.J., Wahl H.W. Subjective Time Perceptions and Aging Well: A Review of Concepts and Empirical Research - A Mini-Review. //Gerontology. 2017. Vol. 63. № 4. P. 350-358. doi: 10.1159/000470906.
- Grühn D., Sharifian N., Chu Q. The limits of a limited future time perspective in explaining age differences in emotional functioning. //Psychol Aging. 2016. Vol. 31. № 6. P. 583-593. doi: 10.1037/pag0000060.
- Kazakina E. Time perspective of older adults: research and clinical practice. / International studies in time perspective/ed. Maria Paula Paixão, José Tomás da Silva. Imprensa da Universidade de Coimbra. 2013. P. 71-86. doi: 10.14195/978-989-26-0775-7

- Konefal J., Duncan R., Meub W. Time perspective as a potential tool for psychotherapeutic intervention. // Psychol Rep. 2006. Vol. 99. № 1. P. 111-20.
- Laureiro-Martinez D., Trujillo C. A., Unda, J. Time Perspective and Age: A Review of Age Associated Differences. //Frontiers in Psychology. 2017. Vol. 8, №. 101. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5313535/> (дата обращения: 17.04.2018) doi: [10.3389/fpsyg.2017.00101](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00101)
- Liu L., et al. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. // J Health Psychol. 2016. Vol. 21. № 5. P. 750-758. doi: [10.1177/1359105314536941](https://doi.org/10.1177/1359105314536941).
- Mello Z.R., Worrell F.C. The Relationship of Time Perspective to Age, Gender, and Academic Achievement Among Academically Talented Adolescents //Journal for the Education of the Gifted. 2006. Vol. 29, №. 3, P. 271-289. doi: [10.1177/016235320602900302](https://doi.org/10.1177/016235320602900302)
- Olivera-Figueroa L.A., Juster R.P, Morin-Major J.K. A time to be stressed? Time perspectives and cortisol dynamics among healthy adults. //Biol Psychol. 2015. P. 90-99. doi: [10.1016/j.biopsycho.2015.09.002](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.09.002).
- Pethtel O., Moist M., Baker S. Time perspective and psychological well-being in younger and older adults. Journal of Positive Psychology and Wellbeing. 2018. Vol. 2. № 1. P. 45-63.
- Schulz R., Heckhausen J. A life span model of successful aging. //Am Psychol. 1996. Vol. 51. № 7. P. 702-714.
- Time Perspective Theory; Review, Research and Application/ ed. Maciej Stolarski, Nicolas Fieulaine, Wessel van Beek. NY.Springer. 2015. 545 p.
- Vasile C. Time Perception, Cognitive Correlates, Age and Emotions //Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015. Vol.187. P. 695-699 doi: [10.1016/j.sbspro.2015.03.129](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.129)
- Webster J. D., Ma X. A Balanced Time Perspective in Adulthood: Well-being and Developmental Effects. // Canadian Journal on Aging. 2013. Vol. 32. №. 4. P. 433-442. doi: [10.1017/S0714980813000500](https://doi.org/10.1017/S0714980813000500)

## **Changes in the cognitive component of the time perspective as a biopsychosocial indicator of the course of aging**

A. I. Melehin

Russian gerontological scientific clinical center, Institute of psychology of the Russian Academy of Sciences. Laboratory of psychology of development of the subject in normal and post-traumatic States, Moscow, Russia; e-mail: [clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

*Abstract.* The article is devoted to the description of the specificity of the cognitive component of time perspectives, i.e. the connection of time zones (past, present, future) in the elderly and senile age. It is shown that at a later age there is a transformation of cognitive representation of the time perspective, reduced connectivity of time zones between them, which indicates the presence of stratification of " I " in time. Respondents aged 55-60 have a greater integration of the three time zones, in which the past, present and future are continuous, but not interconnected. In the group of respondents 61-74 years there is a greater continuity of the past and the present, compared with the groups of 55-60 and 75-90 years, which indicates a greater integration of the past as a resource for personal present and future time. Biopsychosocial predictors that affect the time zone connectivity in the elderly and senile age were identified.

*Keywords:* time perspective, aging, old age, senile age.

## **Состояние одиночества у психически больных позднего возраста**

В.Ф.Друзь <sup>1</sup>, И.Н. Олейникова <sup>2</sup>, О.А. Демьянова <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Оренбургский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии, медицинской психологии; г. Оренбург, Россия; e-mail: [K\\_budda@orgma.ru](mailto:K_budda@orgma.ru)

<sup>2</sup> ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»; соматогериатрическое отделение; г. Оренбург, Россия; e-mail: [K\\_budda@orgma.ru](mailto:K_budda@orgma.ru)

*Аннотация.* С целью определения распространенности состояния одиночества у психически больных позднего возраста и факторов, способствующих и препятствующих их развитию, клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере. Состояние одиночества выявлено у большинства пациентов (56,2%). Они составили основную группу, остальные – контрольную. Проводился сравнительный анализ по демографическим, социально-бытовым, социально-психологическим и клиническим показателям. Определены способствующие и препятствующие факторы состояния одиночества больных.

*Ключевые слова:* психически больные, поздний возраст, состояние одиночества, способствующие и препятствующие факторы.

### **Введение**

Одиночество в позднем возрасте представляет собой важную социальную, психологическую и медицинскую проблему (Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э., 1996; Гехт И.А., 1990; Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б. и др., 2000). Оно исследовалось преимущественно психологами, социологами и социальными психологами (Амбрумо-

ва А.Г., Калашникова О.Э., 1996; Балашова М.Г., Собчик Е.Ю., 1983; Clark M., Anderson B.G., 1980; Silverstone B., Miller S., 1980). Объектом изучения были в основном лица преклонного возраста, не наблюдающиеся у психиатра. Лишь в последние годы в отечественной психиатрии появились работы, посвященные состоянию одиночества у

пожилых и старых людей в общем населении (Летникова З.В., 2004; Михайлова Н.М. 1993, Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б. и др., 2000; Шахматов Н.Ф., 1996). В них установлены распространённость (у 40,1% одиноко проживающих) и факторы, способствующие (одинокое проживание после смерти близких или разъезда со взрослыми детьми, симбиотический тип супружеских отношений, выход на пенсию, особенности личности астенического круга, пресенильный возраст) и препятствующие (конфликтные семейные отношения, гипертимные и шизоидные акцентуации характера, сенильный возраст) его развитию.

Состояние одиночества у психически больных позднего возраста, его распространённость, факторы, способствующие и препятствующие развитию одиночества, не исследовались. Между тем эти знания необходимы для решения лечебно-профилактических и реабилитационных задач.

Актуальность проблемы возрастает в связи с тем, что одинокие пожилые и старые больные составляют 1/3 всех пациентов, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере (Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., 2000; Трифонов Е.Г., 1990), и входят в группу высокого риска в отношении социальной дезадаптации (Барков И.Н., 1985; Fisher M., Newton C., Sainsbury E., 1999).

**Цель исследования:** определение распространённости состояния одиночества у психически больных позднего возраста, а также факторы, способствующие и препятствующие его развитию.

## Материалы и методы

Обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере – все больные одного из геронтопсихиатрических участков (165 чел.) и двух обычных участков (70 чел.), зарегистрированные на определенную календарную дату. Среди больных значительно преобладали женщины. Их соотношение с мужчинами составило 3,7:1 (185 женщин – 78,7% и 50 мужчин – 21,3%). Возраст пациентов к моменту наблюдения варьировал от 60 до 86 лет, средний возраст  $67 \pm 1,8$  года. Продолжительность одинокого проживания была от 1 до 38 лет (средняя –  $14,6 \pm 1,8$  года). Возраст начала заболевания колебался от 22 до 73 лет. В молодом и зрелом возрасте, т.е. до 45 лет и в позднем возрасте – 45 лет и старше заболело практически одинаковое количество больных (50,6% и 49,4% соответственно). Длительность заболевания составила от 1 до 43 лет (в среднем  $19,7 \pm 1,9$  года).

Использовались клинический и социально-психологический методы. Синдромальная оценка больных проводилась с учетом критериев «Глоссария психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста» (Штернберг Э.Я., Молчанова и др., 1971). Нозологическая форма заболеваний оценивалась по критериям отечественной классификации и МКБ-10 (Международная классификация болезней (МКБ – 10), 1994). Психиатрические данные получены путем анализа медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты), опроса боль-

ного и наблюдения за ним, опроса родственников пациента и лечащего врача диспансера.

Преобладали больные шизофренией (F20+F25 – 42,1%), почти в 2 раза реже встречались больные сосудистыми заболеваниями головного мозга (F01, F06, F07 – 24,3 %), третье и четвёртое места занимали пациенты с экзогенно-органическими (F06, F07 – 12,8%) и эндогенными аффективными (F31, F33 – 11,5%) заболеваниями, значительно реже наблюдались больные эпилепсией (G40, F06, F07 – 4,2%), ещё реже и с одинаковой частотой – больные с эндогенно-органическими (атрофическими) заболеваниями (F00, F02 – 2,1%) и психогениями в форме невротического (депрессивного и истерического) развития личности (F34.1, F44.7 – 2,1%) и реже всех – пациенты с инволюционным параноидом (F22.8 – 0,9%). Ведущими в клинической картине чаще всего были бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы (26,4%) на втором и третьем местах по частоте располагались психопатоподобные (16,6%) и депрессивные (15,7%), далее, в порядке убывания, следовали психоорганические (13,6%), апато-абулические (11,9%), невротические и неврозоподобные (9,8%), деменции (6%).

Поскольку важное значение в формировании одиночества у больных преклонного возраста имеет соматическое состояние (Шахматов Н.Ф.,1996), мы исследовали его, применяя шкалу оценок, заимствованную из работы Ю.М.Данилова (Данилов Ю.М., 1984), который выделял три уровня: высокий – компенсация и субкомпенсация, средний – умеренно выраженная деком-

пенсация и низкий – выраженная и тяжелая декомпенсация. У половины больных наблюдалась умеренно выраженная декомпенсация (49,4%), реже отмечались компенсация и субкомпенсация (28,9%), а также выраженная и тяжелая декомпенсация (21,7%).

Исходя из биопсихосоциальной модели генеза психических расстройств и оказания помощи больным (Гурович И.Я., Сторожакова Я.А.,1998; Семке В.Я., 2008), мы, помимо демографических и клинических, изучали социально-психологические и социально-бытовые факторы. Социально-психологическим методом (анкетирование, интервьюирование по специально разработанной программе больного, родственников, соседей, лечащего врача диспансера) определялись состояние одиночества у больных, их взаимоотношения с членами семьи, факторы, способствующие её распаду или отсутствию, отношения пациентов с опекунами и соседями. Под состоянием одиночества нами понималось, в соответствии с концепцией R.S.Weis (R.S.Weis, 1973), тягостное переживание, связанное с дефицитом социальных связей или их неудовлетворённостью. Так же, как и другие авторы (Летникова З.В., 2004; Полищук Ю.И., Голубцова Л.И. и др., 2000; R.S.Weis,1973) мы рассматривали его на трёх уровнях: интеллектуальном, эмоциональном, поведенческом. На интеллектуальном – это представления и мысли в связи с ситуацией одиночества, на эмоциональном – это разнообразные расстройства депрессивного спектра (чаще всего дистимия), на поведенческом уровне – снижение активно-

сти, падение работоспособности, стремление ограничить или наоборот расширить общение с другими людьми. Опекунами мы называли членов социальной сети, которые более других оказывают пациентам социальную поддержку, включая как формальных опекунов (назначенных опекуном советом недееспособным больным), так и людей, не наделённых официальными полномочиями (неформальные опекуны). Социально-бытовые данные содержали сведения об уровне образования, жилищных условиях, материальном обеспечении, трудовой деятельности и инвалидности.

Работа проходила в два этапа. На первом выявлялось состояние одиночества у больных, его распространённость, формировались основная и контрольная группы. На втором проводился сравнительный анализ демографических, социально-бытовых, социально-психологических, клинических показателей и факторов одинокого проживания обеих групп.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 6.0.

## Результаты и обсуждение

Установлено, что состояние одиночества наблюдалось у большинства больных – 132 (56,2%). Они составили основную группу. Остальные 103 (43,8%,  $p < 0,01$ ) – контрольную.

Сравнение демографических показателей выявило большую долю женщин в основной (90,2% против 70,9%,  $p < 0,01$ ), а мужчин – в контрольной (29,1% и 9,8%,  $p < 0,01$ ) группах. Продолжительность одинокого проживания в основной группе была в 2,5 раза меньше, чем в контрольной (средняя –  $7,8 \pm 1,7$  года против  $19,6 \pm 1,6$  года,  $p < 0,01$ ). Основная группа была в целом моложе (табл. 1). В ней выше удельный вес больных в пресенильном возрасте, в контрольной – в сенильном.

Рассматривая социально-бытовые данные, мы не обнаружили достоверных различий только по уровню образования. В обеих группах преобладали пациенты со средним уровнем образования (54,5% в основной и 44,7% в контрольной,  $p > 0,05$ ), реже встречались больные с низким (28,1% и 31% соответственно) и высоким (17,4% и 24,3%). Жилищные условия у больных основной группы были хуже: ниже удельный вес пациентов с хорошими (15,9% и 36,9%,  $p < 0,001$ ) и выше с плохими (33,3% и 14,6%,  $p < 0,001$ ). Удовлетворительные условия отмечались с равной частотой (50,8% и 48,5%). Относительно материального обеспечения установлено, что в основной группе была меньше доля больных с высоким (6,1% и 22,3%,  $p < 0,001$ ) и больше с низким (59,1% и 36,9%,  $p < 0,001$ ). Среднее материальное положение встречалось примерно одинаково (34,8% и 40,8%,  $p > 0,05$ ).

**Таблица 1.** Распределение больных по группам и возрасту

Возраст, годы	Группы				p
	основная n=132		контрольная n=103		
	абс.	%	абс.	%	
<b>60 – 69</b>	88	66,7	38	36,9	p < 0,001
<b>70 – 79</b>	40	30,3	56	54,4	p < 0,001
<b>80 и старше</b>	4	3	9	8,7	p > 0,05

Оценка социального статуса показало отсутствие формальных различий в группах. Приблизительно с одинаковой частотой отмечались пенсионеры по возрасту (38,5% в основной и 44,7% в контрольной группах, p > 0,05), инвалиды 2 гр. (41% и 33% соответственно, p > 0,05) и инвалиды 1 гр. (20,5% и 22,3%, p > 0,05). Вместе с тем в контрольной группе был значительно выше удельный вес больных, участвующих в трудовой деятельности – 57,3% против 5,3% в основной (p < 0,001). Сравнение социально-

психологических показателей обнаружилось, что в основной группе чаще отмечались нарушенные отношения с опекунами (75,4% и 60,4%, p < 0,05) и соседями (64,4% и 50,5%, p < 0,05).

Анализ соматического состояния показал (табл.2), что оно было хуже у больных основной группы: ниже удельный вес пациентов с состоянием компенсации и субкомпенсации и выше с состоянием умеренно выраженной, выраженной и тяжелой декомпенсации.

**Таблица 2.** Распределение больных по группам и соматическому состоянию

Соматическое состояние	Группы				p
	основная n=132		контрольная n=103		
	абс.	%	абс.	%	
<b>Компенсация и субкомпенсация (легкая декомпенсация)</b>	7	5,3	61	59,2	p < 0,001
<b>Умеренно выраженная декомпенсация</b>	83	62,9	33	32	p < 0,001
<b>Выраженная и тяжелая декомпенсация</b>	42	31,8	9	8,8	p < 0,001

Сопоставляя длительность психических заболеваний в группах, мы установили, что она была в 2 раза меньше в основной (средняя 12,7±1,9 года против 25±2,2 года, p < 0,01). При сравнении нозологических форм выявлено (табл.3), что основная группа являлась более гетерогенной. В ней шире представлен спектр заболеваний, которые распределялись относительно равномерно. Контрольная группа имела более гомогенную структуру, в ней был уже спектр нозологических форм, в частности, отсутствовали психогении и инволюционный параноид, встречавшиеся в основной. Более 3/5 больных приходилось на

лиц, страдающих шизофренией, которая наблюдалась заметно чаще, чем в основной. В контрольной группе была больше доля больных с экзогенно-органическими расстройствами и эпилепсией, присутствовали пациенты с атрофическими заболеваниями, которых не было в основной.

В основной группе отмечался выше удельный вес больных сосудистыми и эндогенными аффективными заболеваниями. По всем нозологическим формам, за исключением инволюционного параноида, различия достигали статистической значимости.

**Таблица 3.** Распределение больных по группам и заболеваниям

Заболевания	Шифр по МКБ 10	Группы				p
		основная n=132		контрольная n=103		
		абс.	%	абс.	%	
<b>Шизофрения</b>	F20+ F25	37	28	62	60,2	p < 0,001
<b>Сосудистые заболевания</b>	F01 F06 F07	50	37,9	7	6,8	p < 0,001
<b>Экзогенно-органические заболевания</b>	F06 F07	10	7,6	20	19,4	p < 0,01
<b>Эндогенные аффективные заболевания</b>	F31 F32	26	19,7	1	1	p < 0,001
<b>Эпилепсия</b>	G40, F06, F07	2	1,5	8	7,8	p < 0,05
<b>Эндогенно-органические (атрофические) заболевания</b>	F00 F02	0	0	5	4,9	p < 0,05
<b>Психогении</b>	F44.7, F34.1	5	3,8	0	0	p < 0,05
<b>Инволюционный параноид</b>	F22.8	2	1,5	0	0	p > 0,05

Анализируя синдромальную структуру (табл.4), мы определили, что в основной группе преобладали продуктивные синдромы, в контрольной – дефицитарные. У больных основной группы чаще отмечались параноидные и депрессивные состояния, встречались невротиче-

ские и невротоподобные, которые отсутствовали в контрольной группе и реже наблюдались психопатоподобные, апато-абулические и психоорганические синдромы, а также деменции. Различия по всем синдромам были достоверными.

Рассматривая факторы одинокого проживания, мы обнаружили как сходные явления, так и различия. Первое состояло в том, что большинство больных имели собственные семьи, хотя в основной группе таких пациентов было несколько больше (77,3% и 67%,  $p > 0,05$ ). Лишь 1/5 часть больных основной (22,7%) и 1/3 (33%) контрольной групп не смогли их создать.

Второе проявлялось в особенностях факторов одинокого проживания в группах. В основной распад

семьи был обусловлен главным образом возрастными и социально-психологическими обстоятельствами – смерть близких, отделение взрослых детей от родителей, семейные конфликты, не связанные с психическими расстройствами пациентов (62,7% против 44,9%,  $p < 0,05$ ).

В контрольной группе разрушение семей было связано чаще (55,1% и 37,3%,  $p < 0,05$ ) с клиническими моментами (бред ревности, паранойд жилья, негативная шизофреническая симптоматика).

**Таблица 4.** Распределение больных по группам и синдромам

Синдромы	Группы				p
	основная n=132		контрольная n=103		
	абс.	%	абс.	%	
<b>Бредовые и галлюцинаторно-бредовые</b>	44	33,4	18	17,5	$p < 0,01$
<b>Психопатоподобные</b>	10	7,6	29	28,2	$p < 0,001$
<b>Депрессивные</b>	36	27,3	1	1	$p < 0,001$
<b>Психоорганические</b>	11	8,3	21	20,4	$p < 0,01$
<b>Апато-абулические</b>	4	3	24	23,3	$p < 0,001$
<b>Невротические и невротоподобные</b>	23	17,4	0	0	$p < 0,001$
<b>Деменции</b>	4	3	10	9,7	$p < 0,05$

Подобные тенденции (различия не достигали статистической значимости из-за небольшого количества наблюдений) сохранились и при анализе факторов, затрудняю-

щих создание собственной семьи. В основной группе больные не смогли вступить в брак главным образом из-за сочетания субклинических и социально-психологических пред-

посылок – расстройства личности астенического круга и симбиотические отношения в семье в преморбиде (66,7% против 47,1%,  $p > 0,05$ ). В контрольной – вследствие клинических факторов (начавшейся в молодом и среднем возрасте шизофрении, 52,9% и 33,3%,  $p > 0,05$ ).

Полученные результаты показывают высокую распространённость состояния одиночества среди одиноко проживающих психически больных позднего возраста (56,2%). Она заметно выше, чем у лиц старших возрастных групп в общем населении (40,1%,  $p < 0,001$ ), что можно объяснить наличием выраженных психических расстройств у исследуемого контингента.

Установлены факторы, способствующие и препятствующие его развитию. К первым относятся: женский пол, пресенильный возраст, относительно небольшая продолжительность одинокого проживания; плохие жилищные условия, низкое материальное обеспечение; нарушение взаимоотношений с опекунами и соседями; распространённость выраженной соматической патологии, относительно небольшая длительность психических расстройств, сосудистые и эндогенные аффективные заболевания, психогении, продуктивные (параноидные, депрессивные, невротические и неврозоподобные) синдромы; распад собственной семьи из-за возрастных и социально-психологических обстоятельств. Факторами, играющими препятствующую роль, являются: мужской пол, сенильный возраст, значительная продолжительность одинокого проживания; хорошие

жилищные условия, высокое материальное обеспечение, участие в трудовой занятости; благоприятные отношения с опекунами и соседями; удовлетворительное соматическое состояние, большая длительность психических расстройств, шизофрения, эпилепсия, атрофические и экзогенно-органические заболевания, дефицитарные (психопатоподобные, апато-абулические, психоорганические и деменции) синдромы; разрушение собственной семьи из-за клинических моментов.

Обсуждая полученные результаты, в первую очередь следует остановиться на факторе пола. Наши данные противоречат доминирующей в геронтологии точки зрения, что женщины лучше приспособляются к одинокой жизни, чем мужчины, у них реже развивается одиночество (Шахматов Н.Ф., 1996; Atchley R.C., 1972). Однако этот тезис относится к лицам преклонного возраста, у которых либо нет психических расстройств, либо они носят пограничный уровень, нередко вследствие состояния одиночества. Наша выборка представлена диспансерным контингентом больных и фактор пола должен рассматриваться прежде всего в контексте клинико-психопатологической картины. Она существенно отличается в группах. В основной достоверно чаще встречались больные сосудистыми, эндогенными аффективными и психогенными заболеваниями, состояние которых в основном определялось продуктивными синдромами. Изменения личности, проявляющиеся астенической и психоорганической симптоматикой, носили негру-

бый характер (в частности, из-за относительно непродолжительного течения заболевания), что позволяло им критически оценивать возникшую ситуацию. Поэтому смена образа жизни (наступившего сравнительно недавно), усугубившего существующее трудное положение в связи с психической и соматической патологией, неблагоприятной социально-бытовой и социально-психологической обстановкой, рассматривалась пациентами как очередной «удар судьбы» по К. Schneider (Schneider, 1967), сопровождавшаяся пессимистической оценкой настоящего и будущего, способствовала развитию состояния одиночества. В контрольной группе преобладали больные шизофренией на этапе стабилизации и обратного развития процесса (о чём свидетельствует большая длительность заболевания) с умеренно выраженным психопатоподобным и апато-абулическим дефектом. Для них в силу особенностей клинической картины (аутизация, своеобразие мышления и мировоззрения, вычурность поведения, эмоциональная парадоксальность и уплощённость и т.п.), прежних конфликтных отношений в семье, порождённых неправильным поведением, обусловленным болезнью, одинокое проживание было оптимальным способом существования. Этому способствовало также удовлетворительное в целом физическое состояние, благодаря которому больше половины больных участвовали в трудовой деятельности, достаточно благоприятная социально-бытовая и социально-психологическая ситуация. Более

того, можно предположить, что для этих больных одинокое проживание являлось своеобразной социально-психологической защитой от «враждебного» микросоциального окружения и содействовало улучшению психического и физического состояния, а также социальной адаптации. В пользу этого говорят достаточно большая продолжительность одинокого проживания.

Второй момент, требующий обсуждения, – возраст. Естественно было предположить, что с его увеличением, в частности, в сенильном периоде, в связи с нарастанием психического и физического упадка, вероятность развития одиночества повышается. Между тем эта гипотеза не подтверждается не только нашими данными (которые можно объяснить вышеперечисленными обстоятельствами), но и результатами исследования других авторов (Летникова З.В., 2004; Семке В.Я., 2008), касающихся лиц позднего возраста вообще, не имеющих выраженных психических расстройств – состояние одиночества чаще наблюдалось в пресенильном возрасте, чем в сенильном. В связи с этим оно может рассматриваться как явление более свойственное пресенильному возрасту вообще, независимо от психического заболевания, т.е. общевозрастное.

Третий фактор, на котором хотелось остановиться, – это социально-психологический. Его роль особенно важна для решения лечебно-реабилитационных задач. Более значительные нарушения взаимоотношений с опекунами и соседями ухудшали социальную поддержку

больным основной группы, увеличивая чувство одиночества. Кроме того, недостаточная социальная поддержка способствовала более низкому уровню комплайенса. Из-за чего даже при сходной клинической картине больные контрольной группы госпитализировались реже благодаря контролю опекунов-родственников. В основном по их инициативе пациенты при рецидиве заболевания чаще сразу обращались к врачу диспансера, в связи с чем начинавшееся обострение купировалось амбулаторно или больные своевременно стационарировались. Помимо этого, пациенты контрольной группы более регулярно наблюдались участковым психиатром и терапевтом, получая более эффективную поддерживающую терапию по сравнению с больными основной группы. В больнице, вследствие поддержки опекунов, лечение и реабилитация их проходили более продуктивно, что способствовало сокращению длительности стационарирования. В противоположность больным контрольной группы пациенты основной нерегулярно посещали врачей и принимали поддерживающее лечение. При ухудшении состояния они, как правило, поздно или вообще не обращались к участковому психиатру. В поле зрения врача пациенты попадали чаще всего в состоянии выраженного

обострения главным образом благодаря сведениям, полученным от опекунов или соседей. В период госпитализации недостаточная социальная поддержка, усиливая состояние одиночества, затрудняла лечение и особенно реабилитацию больных, поэтому увеличивались сроки пребывания в больнице. В части случаев продолжительности стационарирования способствовала перспектива возвращения в неблагоприятную социально-бытовую и социально-психологическую обстановку. Эти обстоятельства порою содействовали появлению или укреплению тенденции к развитию госпитализма.

Важную роль в развитии состояния одиночества или его отсутствия играет также механизм формирования одинокого проживания. В основной группе решающими факторами были возрастные, социально-психологические и субклинические (подобные моменты наблюдаются и у пожилых в общем населении), тогда как в контрольной – клинические, главным образом шизофренические. Что касается социально-бытовых данных то эти результаты и их значение как в развитии состояния одиночества, так и в его предупреждении вполне очевидны и не требуют специального комментария.

## Заключение

Таким образом, среди способствующих и препятствующих факторов развития состояния одиночества у психически больных позднего возраста центральное место занимают клинические и социально-психологические, меньшее значение имеют демографические и социально-бытовые.

Полученные данные содействуют комплексному и дифференцированному подходу при оказании медико-социальной помощи данному контингенту больных, что приведет к улучшению их социальной адаптации.

## Литература

- Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Психологические аспекты одиночества. Соц. и клин. психиатр. 1996; 3: 53 – 63.
- Балашова М.Г., Собчик Е.Ю. О превентивной работе кабинета социально-психологической помощи с контингентом лиц, переживающих одиночество. Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983; с. 167 – 171.
- Барков И.Н. Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психически больных в позднем возрасте. Актуальные вопросы психиатрии. М., 1985; с. 58-64.
- Гехт И.А. Медико-социальные аспекты здоровья одиноко живущих в сельской местности лиц старших возрастов. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1990. 17 с.
- Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психиатрия и социальная работа в психиатрии. Соц. и клин. психиатр. 1998; 4: 5 – 20.
- Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики). Автореф. дис... канд. мед. наук. Л., 1984. 23 с.
- Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера. Соц. и клин. психиатр. 2000; 1: 33-36.
- Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества, у лиц позднего возраста. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2004. 26 с.
- Международная классификация болезней (МКБ – 10). СПб.: Адис, 1994. 304 с.
- Михайлова Н.М. Субклинические психические нарушения у одиноко проживающих лиц пожи-

- лого и старческого возраста. Журн.неврол.и психиатр. 1993; 2: 23-28.
- Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б. и др. Феномен одиночества и связанные с ним расстройства депрессивного спектра у лиц позднего возраста. Соц. и клин. психиатр. 2000; 1: 28-32.
- Семке В.Я. Транспектива биопсихосоциальной парадигмы. Сиб. вестник психиатрии и наркологии. 2008; 1: 7-11.
- Трифонов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дис... канд. мед. наук. М., 1990. 14 с.
- Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 303 с.
- Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., Рохлина М.Л. Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста. М., 1971. 42 с.
- Atchley R.C. The social forces in later life. Belmont, Cal: Wadworth, 1972. P. 99-115.
- Clark M., Anderson B.G. Loneliness and old age. The anatomy of loneliness. New York: International Universities Press, 1980. P. 201-242.
- Fisher M., Newton C., Sainsbury E. Mental health social work observed. London, 1999. 238 p.
- Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart, 1967. S. 77-145.
- Silverstone B., Miller S. Isolation in the aged. J.Geriatri. Psychiat. 1980; 13 (1): 27 – 47.
- Weis R.S. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. Cambridge, 1973. P. 187-203.

## **Loneliness state in mentally ill patients of later life**

V.F.Druz<sup>1</sup>, I.N. Oleynikova<sup>2</sup>, O.A. Demyanova<sup>1</sup>

1 Orenburg State Medical University, department of psychiatry, medical psychology; Orenburg, Russia; e-mail: [K\\_budda@orgma.ru](mailto:K_budda@orgma.ru)

2 Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1; somato-geriatric department; Orenburg, Russia; e-mail: [K\\_budda@orgma.ru](mailto:K_budda@orgma.ru)

*Abstract.* The purpose of the study is to identify the prevalence of loneliness among mental ill patients in late adulthood and the factors conducting and preventing its development. 235 patients living alone at the age of 60 and over followed-up in psychoneurological dispensary were examined by means of clinical and social psychological methods. The state of loneliness was detected in the great majority of patients (56.2%). They composed the main group, the rest – the control one. The comparative analysis was conducted on the basis of demographic, social and social- psychological and clinical indices. Forming and protective factors of loneliness state in patients were determined.

*Keywords:* mentally ill patients, later life, loneliness state, forming and protective factors.

## **Влияние двигательных нарушений на формирование отношения к болезни в постинсультный период**

Е.Б. Чалая <sup>1</sup>, В.Г. Будза <sup>1</sup>, В.А. Чалый <sup>1</sup>, И.В. Чалая <sup>2</sup>, В.В. Тарабрина <sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург, e-mail: [261007@bk.ru](mailto:261007@bk.ru)

<sup>2</sup> ГБОУЗ Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, Оренбург, Россия

*Аннотация.* Цель. Исследование типов внутренней картины болезни (ВКБ), их зависимость от нарушения двигательной функции, а также влияние ВКБ на синдромообразование и выраженность дезадаптации больных в различные периоды хронической фазы инсульта.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом обследован 161 пациент в восстановительный, ранний и поздний резидуальный этапы постинсультного периода. Основная группа включала 131 пациента с нарушениями двигательных функций (НДФ), 30 человек не имели их (контрольная группа). Изучение ВКБ проводилось с помощью психологической диагностики типов отношения к болезни.

Результаты и обсуждение. Соотношение психопатологических синдромов с типами ВКБ показало у больных восстановительного и раннего резидуального этапов соответствие адаптивного отношения к болезни наиболее легкой психопатологической симптоматике – астенический и неврозоподобный синдромы. У больных позднего резидуального этапа при адаптивных типах ВКБ развивались и более тяжелые синдромы – психопатоподобный и астено-депрессивный с некоторым преимуществом перед неврозоподоб-

ным, что отражало прогрессирующую динамику сосудистого процесса и дополнительную роль психогении по отношению к органическому процессу.

**Заключение.** Установлена существенная роль психотравмирующего влияния двигательной депривации у больных с дефектом двигательной функции в восстановительный и приоритетная (по отношению к органической патологии) в резидуальный периоды инсульта на развитие и динамику пограничных нервно-психических расстройств и ВКБ.

*Ключевые слова:* постинсультный период, внутренняя картина болезни, неврозо- и психопатоподобные расстройства, двигательная депривация.

## Введение

Нарушения двигательной функции (НДФ), возникающие вследствие инсульта, приводящие к глубокой инвалидизации, меняют структуру личности больных (Bonita R., 1994, Jood K., 2009, Lenze EJ., 2007, Koenig KL., 2007, Kothari R., 1997, Fritz S. L., 2005, Rijhtjes M., 2002, Johnsson V. B., 2000, Garland S. J., 2003), а личностно-компенсаторные реакции на собственное соматическое неблагополучие и социально-психологические последствия обладают не только адаптивными, но и патогенными влияниями на психику и организм в целом (Авербух Е.С., 1976, Антохин Е.Ю., 2007, Брагина И.Н., 1988, Будза В.Г., 1997, Вознесенская Т.Г., 2009, Кадыков А.С., 1991, Карвасарский Б.Д., 2011). Внутренняя картина болезни (ВКБ) представляет собой систему психического приспособления

личности к заболеванию, в основе которой лежат значимость его для пациента и концептуализация им своих ощущений и переживаний в условиях взаимодействия осознаваемого и неосознаваемого уровней психики с учетом жизненной ситуации (Потапов О.В., 2013). С точки зрения современной парадигмы психиатрической патологии – биопсихосоциальной, изучение динамики и взаимозависимости типов ВКБ, особенности их формирования у постинсультных больных в условиях двигательной депривации (Кутлубаев М.А., 2015, Ласков Б.И., 1981, Парфенов В.А. 2012, Старчина Ю.А., 2012) представляет важную задачу.

**Цель** – исследование факторов, влияющих на формирование типов ВКБ в зависимости от пре-

морбидных особенностей личности и степени НДФ, а также влияние ВКБ на синдромообразование и выраженность дезадаптации больных в

различные периоды хронической фазы инсульта.

## Материал и методы

Обследован 161 пациент (109 мужчин, 52 женщины, средний возраст – 55 лет) в различные периоды ишемического инсульта: от 2-х месяцев до 1-го года (восстановительный этап) – 66 больных, от 1-го года до 3-х лет (ранний резидуальный этап) – 56 больных, более 3-х лет (поздний резидуальный этап) – 39 больных. Основная группа включала 131 пациента с НДФ, 30 человек не имели их (контрольная группа). Диагноз ишемического инсульта основывался на клинических данных и данных рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга. Оценка неврологического статуса проводилась по шкале тяжести инсульта Национального института здоровья США (National Institutes of Health Stroke Scale), функционального состояния и восстановления –

по шкалам Рэнкина и индексу Бартел. Оценка когнитивных функций и их выраженность проводилась в соответствии с критериями Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Исследовались больные с легкими и умеренными когнитивными нарушениями. Изучение ВКБ проводилось с помощью психологической диагностики типов отношения к болезни (Вассерман Л.И., 1987). Диагноз психических расстройств устанавливался на основе клинического обследования психиатром.

Статистическую обработку данных проводили с помощью метода парного сравнения групп пациентов. При нормальном распределении для сравнительного анализа между группами использовали критерии Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

ВКБ у больных восстановительного этапа определялась преобладанием «чистых» типов, что свидетельствовало о сохранности критической оценки больными своих переживаний. В основном контингенте установлено почти равное число адаптивных (54,5%) и дезадаптивных (45,5%) типов ВКБ. В контрольном контингенте адаптивные типы в два раза превышали дезадаптивные. Преморбидные личностные особенности играли predisposing роль в формировании адаптивного блока ВКБ (синтонные – 52,4%,  $p < 0,05$ ) и сензитивного дезадаптивного типа (66,7%,  $p < 0,05$  больных с тревожно-мнительным преморбидом). В формировании дезадаптивных типов

интрапсихической направленности с выраженным аффективным напряжением (кроме апатического) выявлялась неадекватность преморбид с превалированием синтонных (41,7% больных), а predisposing тревожно-мнительный преморбид соответствовал только 1/3 пациентов этого блока ВКБ. Это объяснялось психотравмирующим воздействием двигательной депривации, обусловившей выраженность эмоционального компонента ВКБ и тем, что у больных с наиболее грубым поражением двигательной сферы (гемиплегии) формировались только дезадаптивные типы ВКБ, а с наиболее легкими (сенсо-пирамидные дефициты) – только адаптивные.

**Таблица 1.** Распределение типов ВКБ в зависимости от преморбидных особенностей личности у больных восстановительного этапа последствий инсульта

Преморбид	Типы ВКБ (блоки)							
	А		Д/А интра		Д/А интер		всего	
	основная группа							
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
синтонные	11	52,38*	5	41,67	2	18,18	18	40,91
возбудимые	8	38,09	3	25	3	27,27	14	31,82
тревожно-мнительные	2	9,53	4	33,33	6	54,55*	12	27,27
итого	21	100,0	12	100,0	11	100,0	44	100,0
	контрольная группа							
синтонные	8	53,33*	0	0	0	0	8	36,36
возбудимые	2	13,33	0	0	0	0	2	9,09
тревожно-мнительные	5	33,34	7	100*	0	0	12	54,55
итого	15	100,0	7	100,0	0	0	22	100,0

\*  $p < 0,05$ , блоки ВКБ: А – адаптивный, Д/А интра – дезадаптивный интерпсихической направленности, Д/А интер – дезадаптивный интерпсихической направленности, в следующих таблицах сокращения те же.

ВКБ у основного контингента больных раннего резидуального этапа характеризовалась превалированием смешанных и диффузных типов и дезадаптивных (60,7%) над адаптивными (39,3%), что отражало прогрессивность сосудистой патологии (снижение критической самооценки), а также состояния фрустрации (отсутствие эффекта в улучшении двигательной функции). Адаптивным типам ВКБ соответствовал предрасполагающий к адекватной реакции на болезнь синтонный (44,4% больных) и выраженности волевых компонентов, возбудимый (38,9% больных) преморбид. Дезадаптивные блоки демонстрировали тенденцию к «нивелированию» специфического влияния преморбидных черт (примерно у 1/3 больных основного контингента – синтонный преморбид). Это подчеркивало обусловленность становления типов реагирования на болезнь не столько особенностями инсультного течения сосудистого процесса, сколько эмоционально-стрессовым воздействием дефекта двигательной

сферы, так как у контрольного контингента выявлялось соответствие предрасполагающего к дезадаптивным типам ВКБ тревожно-мнительного преморбида. Отчетливая тенденция увеличения неврастенического и сензитивного типов реагирования свидетельствовала о большей эмоциональной лабильности, эмоциональном дискомфорте, обусловленным субъективным восприятием и пониманием больными ситуации болезни, необратимости утраты двигательной активности. Психогенным влиянием двигательной депривации, а также прогрессирующим органическим процессом, видимо, было обусловлено отсутствие прямой зависимости между тяжестью дефекта и представлением больных о своей болезни, поскольку, в отличие от восстановительного этапа, при выраженных двигательных нарушениях у больных раннего резидуального этапа формировались как адаптивные, так и дезадаптивные (без явного преобладания) типы ВКБ.

**Таблица 2.** Распределение типов ВКБ в зависимости от преморбидных особенностей личности в раннем резидуальном этапе последствий инсульта

Преморбид	Типы ВКБ (блоки)							
	А		Д/А интра		Д/А интер		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
синтонные	8	44,44*	5	33,33	6	40	19	39,59
возбудимые	7	38,89*	4	26,67	5	33,33	16	33,33
тревожно-мнительные	3	16,67	6	40	4	26,67	13	27,08
итого	18	100,0	15	100,0	15	100,0	48	100,0

\*  $p < 0,05$

В позднем резидуальном этапе «чистых» типов выделено не было, что отражало прогрессивность сосудистой патологии, а значительное превалирование дезадаптивных типов (71,8%) – влияние двигательной депривации на формирование неблагоприятного для реабилитации отношения к болезни. Приоритетное (по отношению к органическому процессу) значение психоэмоционального стресса (дефекта двигательной функции) обусловило нивелировку преморбидных черт и инверсию реагирования: адаптивные типы преимущественно формировались у тревожно-мнительных

(45,5%) и возбудимых (27,3%) лиц, а дезадаптивные с интра- и интерпсихической направленностью – у синтонных (69,2% и 54,6% больных). Установленные, как и на раннем резидуальном этапе, достаточно высокие значения шкал эргопатического (62,5%) и сензитивного (81,8%) типов у больных с выраженными нарушениями двигательной функции (гемипарезы) свидетельствовали о заострении сензитивных характеристик личности и выраженной мобилизации мотивации на преодоление болезни (как компенсаторной, так и гиперкомпенсаторной).

**Таблица 3.** Типы ВКБ в зависимости от преморбидных особенностей личности в позднем резидуальном этапе последствий инсульта

Преморбид	Типы ВКБ (блоки)							
	А		Д/А интра		Д/А интер		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
синтонные	3	27,27	9	69,23*	7	46,67	19	48,72
возбуди- мые	3	27,27	1	7,69	3	20	7	17,95
тревно- мнитель- ные	5	45,45 *	3	23,08	5	33,33	13	33,33
ИТОГО	11	100,0	13	100,0	15	100,0	39	100,0

\*  $p < 0,05$ 

Соотношение психопатологических синдромов с типами ВКБ показало у больных восстановительного и раннего резидуального этапов соответствие адаптивного отношения к болезни наиболее легкой психопатологической симптоматике (85,7% и 72,2% больных – астенический и неврозоподобный синдромы). У больных позднего резидуального этапа при адаптивных типах ВКБ развивались и более тяжелые синдромы – психопатоподобный и астено-депрессивный с некоторым преимуществом перед неврозоподобным (соответственно 54,5% и 45,5%), что отражало не только прогрессирующую динамику сосудистого процесса, но и дополнительную роль психогении по отношению к органическому процессу.

Деадаптивное отношение к болезни, с осознанием собственной беспомощности при наличии двигательного дефекта, способствовало преимущественному развитию астено-депрессивного синдрома на всех этапах последствий инсульта (50,0% больных восстановительного, 66,7%

больных раннего резидуального, 46,2% больных позднего резидуального этапов). Нарастание при сензитивном типе ВКБ в раннем резидуальном этапе (26,7% больных против 18,2% в позднем восстановительном этапе) психопатоподобного, а в позднем резидуальном этапе – астено-депрессивного синдрома (60,0% больных) свидетельствовало о роли психотравмы (двигательной депривации) в формировании как психопатологических синдромов, так и отношения к болезни. Это предположение подтверждалось и сравнением с контрольной группой больных.

У контрольного контингента больных с адаптивными и дезадаптивными типами ВКБ на всех этапах диагностировались астенический и неврозоподобный синдромы, за исключением больных с интрапсихическим блоком ВКБ раннего резидуального этапа, у которых выявлена астено-депрессивная симптоматика, соответствующая как тревожно-мнительным преморбидным осо-

бенностям личности этих больных,

так и меланхолическому типу ВКБ.

## Заключение

В результате проведенного исследования установлена существенная роль психотравмирующего влияния двигательной депривации у больных с дефектом двигательной функции в восстановительный и приоритетная (по отношению к органической патологии) в резидуальный периоды инсульта на развитие и динамику пограничных нервно-психических расстройств и ВКБ. Фрустрирующее влияние длительного (хронического) психоэмоционального стресса, обусловленного нарушениями двигательной функ-

ции, вызывало нивелирование и даже инверсию роли преморбида как в развитии синдромов, так и ВКБ. Выявленные типы ВКБ и механизмы развития психической патологии в совокупности с психопатологической симптоматикой оказывают существенное влияние на степень адаптации/дезадаптации, а отсюда, и на эффективность реабилитационных мероприятий, что должно обусловить дифференцированный подход в их разработке для больных хронической фазы инсульта.

## Литература

Авербух Е.С. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте./ Е.С. Авербух, М.Э.Телешевская.- М.: Медицина, 1976.- 160 с.

Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Друзь В.Ф., Чалая Е.Б. Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. Интеграция медицины и психологии в XXI веке. Под ред. С.И.Блохиной, Е.Т.Соколовой, Л.Т.Баранской. Екатеринбург: СВ-96, 2007; с. 196–207.

Брагина И.Н. Функциональная асимметрия человека/И.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. -2-е изд. М.: Медицина, 1988.- 201с.

Будза В.Г., Чалая Е.Б. Особенности пограничных нервно-психических расстройств, воз-

никающих в хронической фазе инсульта при нарушениях двигательной функции. Соц. и клин. психиатрия. 1997; 7 (3): 31–7.

Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Метод. Рекоменд. Л.,1987.

Вознесенская Т.Г. Депрессия при цереброваскулярных заболеваниях/ Т.Г. Вознесенская // Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. – 2009.- № 1 (2).- С. 9–12.

Кадыков А.С. Восстановление нарушенных функций и социальная реадаптация больных, перенесших инсульт (основные факторы

- реабилитации). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1991.
- Карвасарский Б.Д. Невротические и неврозоподобные расстройства: опыт мультидисциплинарного исследования в клинических и терапевтических целях. Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии. Под ред. Н.Г.Незнанова, Б.Д.Карвасарского. СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2011; с. 6–9.
- Кутлубаев М.А. Симптомы патологической усталости, апатии и депрессии у пациентов после церебрального инсульта/ М.А. 10.Кутлубаев, Л.Р.Ахмадеева// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.- 2015.- №7 (2).- С. 16–21.
- Ласков Б.И., Лобзин В.С., Липгарт Н.К., Солодовников Н.Д. Физиогенные и психогенные астении. Курск, 1981. / 2. 8.
- Парфенов В.А. Постинсультная депрессия: распространенность, патогенез, диагностика и лечение/ В.А.Парфенов//Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.- 2012.- № 4 (4).- С. 84–88.
- Потапов О.В. Эпидемиология нарушений и искажения внутренней картины болезни у пациентов с расстройствами адаптации макросоциального генеза/ О.В. Потапов, И.Г. Ульянов// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013.-№5(3).- С. 24–27.
- Старчина Ю.А. Постинсультная депрессия: научно обоснованные подходы к выбору терапии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012; 4 (1): 116–20.
- Bonita R, Beaglehole R, Asplund K., The worldwide problem of stroke. *Curr Opin Neurol.* 1994 Feb; 7(1):5-10.
- Jood K., Redfors P., Rosengren A., Blomstrand C., Jern C. Self-perceived psychological stress and ischemic stroke: a case-control study *BMC Med.* 2009; 7: 53
- Koenig KL, Whyte EM, Munin MC, O'Donnell L, Skidmore ER, Penrod LE, Lenze EJ. Stroke-related knowledge and health behaviors among poststroke patients in inpatient rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007 Sep;88(9):1214-6.
- Kothari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J, Brott T, Khoury J, Liu T. Patients' awareness of stroke signs, symptoms and risk factors. *Stroke.* 1997; 28:1871–1875.
- Fritz S. L. Active finger extension predicts outcomes after constraint-induced movement therapy for individuals with hemiparesis after stroke// *Stroke.* 2005 Jun;36 (6): 1172-1177.
- Rijhtjes M. Recovery of motor and language abilities after stroke: the contribution of functional imaging / M. Rijhtjes, C. Weiller // *Progress Neurobiology,* 2002.-Vol 66.-P. 109-122.
- Johnsson B B Brain plasticity and stroke rehabilitation: the Willis Lecture // *Stroke .*-2000.- Vol. 31/- P.-223-230.
- Garland S. J. Recovery of standing balance and functional mobility after stroke / S. J.Garland, D. A. Willemis, T. D. Ivanova // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* -2003.-N84 (12).-P. 153- 159.

## **Influence of motor disorders on the formation of attitude to the disease in post-stroke period**

E. B. Chalaya <sup>1</sup>, V. G. Budza <sup>1</sup> , V. A. Chaly <sup>1</sup>, I. V. Chalaya <sup>2</sup>,  
V. V. Tarabrina <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Orenburg state medical University", Orenburg, e-mail: [261007@bk.ru](mailto:261007@bk.ru)

<sup>2</sup> Orenburg regional clinical psychiatric hospital № 1, Orenburg, Russia

*Abstract.* Purpose. Study of the types of internal picture of the disease( ICD), their dependence on motor function disorders, as well as the impact of ICD on the syndrome and the severity of maladjustment in patients at different periods of the chronic phase of stroke.

Materials and methods. Clinical and psychopathological method was used to examine 161 patients in the recovery, early and late residual stages of the post-stroke period. The main group included 131 patients with motor disorders (MD), 30 people did not have them (control group). The study of auto-plastic image of the disease was carried out by means of psychological diagnosis of types of attitude to the disease.

Results and discussion. The correlation of psychopathological syndromes with the types of auto-plastic image of the disease showed in patients of the recovery and early residual stages the correspondence of the adaptive attitude to the disease to the lightest psychopathological symptoms – asthenic and neurosis-like syndromes. In patients of the late residual stage in adaptive types of auto-plastic image of the disease developed and more severe syndromes-psychopathic and astheno-depressive with some advantage over neurosis-like, reflecting the progressive dynamics of the vascular process and the additional role of psychogeny in relation to the organic process.

Conclusion. A significant role of the traumatic impact of motor disorders in patients with a defect in motor function in the rehabilitation and priority (relative to organic pathology) in the residual periods of a stroke on the dynamics of border neuropsychiatric disorders and auto-plastic image of the disease.

*Keywords:* post-stroke period, auto-plastic image of the disease, neurosis and psychopathic disorders, motor dysfunctions.

## Восприятие противоречий у больных шизофренией и в норме

Г.Е. Рупчев <sup>1</sup>, А.А. Алексеев <sup>2</sup>, С.А. Беляев <sup>3</sup>, В.Д. Москвина <sup>4</sup>

<sup>1</sup> кандидат психологических наук, старший научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»; лаборатория психофармакологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, [rupchevgeorg@mail.ru](mailto:rupchevgeorg@mail.ru)

<sup>2</sup> клинический психолог Лаборатории психофармакологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, [alekseev.a.a@list.ru](mailto:alekseev.a.a@list.ru)

<sup>3</sup> медицинский психолог ГБУЗ «ПКБН<sup>№</sup>1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», Филиал ПНДН<sup>№</sup>18 «Дневной стационар №1», Москва, Россия, [sergeybelyaev86@ya.ru](mailto:sergeybelyaev86@ya.ru)

<sup>4</sup> студентка 3 курса факультета психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, [moskvina.vd@mail.ru](mailto:moskvina.vd@mail.ru)

*Аннотация.* Исследование представляет собой дальнейшую апробацию опросника «Исследование противоречий» (Рупчев, Алексеев, 2017). В исследовании приняли участие 40 больных шизофренией и 42 здоровых испытуемых. Было выявлено, что больные шизофренией значительно реже допускали возможность сосуществования у человека противоположных социальных и психологических характеристик. Кроме того, пациенты также чаще отвергали возможность сосуществования непротиворечащих друг другу характеристик.

*Ключевые слова:* инкогерентность, противоречие, шизофрения.

*Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 17-06-00271.*

### Введение

В последние годы возрос интерес к проблеме места и роли противоречий в картине мира и поведении как в норме, так и при

патологии. В немалой степени этому поспособствовало появления такого понятия как «инкогерентность». Данное понятие является новым, но

активно разрабатываемым в психологической науке (Рупчев, Алексеев, 2017; Рассказова, Тхостов, Абрамова, 2015). В узком смысле инкогерентность (тестовая) представляет собой психодиагностический феномен и проявляется в несогласованности, противоречивости ответов преимущественно в опросниках, когда на близкие по смыслу или одни и те же вопросы дается то ответ «да», то ответ «нет», без проявления мотивации лжи или ухода от тестирования. В широком смысле инкогерентность (структурная) выявляется в некоторой базовой характеристике сложившейся категориальной системы психики, проявляющейся в структуре и динамике когнитивных, аффективных и мотивационных составляющих индивидуального сознания.

В своем широком определении инкогерентность может быть соотнесена с традиционными психопатологическими категориями, как амбивалентность (Блейлер, 1993), диссоциация, дискордантность (Тиганов, 1999), дезорганизация мышления (Кау, Fiszbein, Opler, 1987). В этих феноменах характерных прежде всего для клинической картины шизофрении можно наблюдать проявления противоречий в виде взаимоисключающих желаний, эмоций, поведенческих актов, несогласованности различных сторон психической деятельности между собой, непоследовательности и нарушении логики суждений. Во всех этих случаях противоречия проявляются в грубых клинических выраженных формах, нарушающих

общий ход и единство психической деятельности.

Но наряду с «патологической инкогерентностью» можно говорить и о другом полюсе феномена инкогерентности – «нормальной инкогерентности», которая может проявляться в различных сферах. Примерами такой инкогерентности в эмоциональной сфере могут служить случаи возникновения «смешанных чувств» в ответ на неоднозначную ситуацию или противоречия между эмоцией (ситуативно переживаемым состоянием) и чувством (устойчивым эмоциональным отношением), как например, обида или раздражения на человека, к которому испытываешь симпатию. В когнитивной сфере определенная переносимость противоречий важна для целостного восприятия и оценки сложных объектов действительности (и прежде всего других людей), способности учитывать одновременно их негативные и позитивные стороны, а также для понимания человеком процессов изменения и развития, диалектичных по своей сути (меняясь и развиваясь в течение жизни, мы остаемся самими собой) (Гегель, 1970). Синтез противоречий и разнородных впечатлений ведет к познанию целого в единстве и взаимной связи его частей. Именно поэтому он является высшей ступенью познания и позволяет человеку составлять верную картину происходящего даже на основе отдельных и противоположных явлений (Жмуров, 2018). В мотивационной сфере инкогерентность может проявляться в феномене борьбы мотивов, когда

реализация одних мотивов ограничивает реализацию других («и хочется, и колется»), заставляя субъекта делать выбор.

Таким образом, актуальными оказываются задачи исследования причин, по которым, с одной стороны, субъект совсем не чувствителен к противоречиям продуцирует их, а с другой стороны, не может терпеть несовершенство и неопределенность действительности и людей, которые для других являются обыденными и не конфликтными.

## Материалы и методы

В экспериментальную группу вошли 40 испытуемых с шизофренией (15 женщин; 25 мужчин) параноидной формы (F 20.01) эпизодического типа течения. Средний возраст – 38,15 ± 11,7 лет (от 18 до 62). Пациенты находились в длительной стабильной ремиссии на поддерживающей психофармакотерапии.

В контрольную группу вошли 42 здоровых испытуемых, не имевших опыта обращения за психиатрической помощью (20 женщин; 22 мужчины). Средний возраст – 30,79 ± 11,37 лет (от 18 до 60). Представляется, что можно группы рассматривать, как допустимые для сравнения, несмотря на разницу в среднем возрасте.

Для выявления инкогеренции был разработан опросник «Исследование противоречий», состоящий из 39 пунктов. Испытуемому предлагалось ответить «да» или «нет» на ряд вопросов,

каждый из которых начинался с фразы: «Может ли человек одновременно...» (и далее, например, «...быть хорошим и плохим?»). Пункты опросника представляли собой пары прилагательных, существительных или глаголов, содержащие или не содержащие противоречия.

За каждый ответ «да» начислялся 1 балл, за ответ «нет» – 0 баллов. Обработка результатов проводилась по следующим 4 шкалам:

1. «Физические антонимы»; к данной шкале относились пары противоположных по смыслу слов, отражающих физические характеристики («толстый и худой», «большой и маленький», «лежать и бежать»), максимальный балл – 13;

2. «Психологические и социальные антонимы»; пары слов, отражающие противоположные социальные и психологические характеристики («хороший и плохой», «любить и ненавидеть», «мнительный и решительный»), максимальный балл – 14;

3. «Физические не-антонимы»; пары слов, отражающие не противоположные по смыслу физические характеристики («маленький и тяжелый», «легкий и мокрый»), максимальный балл – 6;

4. «Психологические и социальные не-антонимы»; к данной шкале относились пары не противоположных по смыслу слов, отражающих социальные и психологические характеристики («добрый и грустный», «веселый и злой»), максимальный балл – 6.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica V. 8.0. Для

анализа достоверности различий между группами использовался критерий Манна–Уитни.

## Результаты и их обсуждение

В ходе статистической обработки были обнаружены значимые различия между группами по трем из четырех шкал опросника (табл. 1).

**Таблица 1.** Средний балл по шкалам опросника «Исследование противоречий».

Шкала	Экспериментальная группа	Контрольная группа
«Физические антонимы»	3,28	3,55
«Социальные и психологические антонимы»**	6,02	9,07
«Физические не-антонимы»*	5,01	5,86
«Социальные и психологические не-антонимы»**	4,8	5,83

Примечание: \* – при  $p \leq 0,05$ ; \*\* - при  $p \leq 0,01$ .

Только для шкалы «Физические антонимы» значимых различий между группами не наблюдалось. Большинство испытуемых обеих групп отвергали возможность сосуществования противоположных физических характеристик (в среднем испытуемыми обеих групп давалось лишь примерно по 3 утвердительных ответа из 13 пар данной шкалы). Такой результат представляется ожидаемым, так как физические характеристики объектов чаще являются наиболее константными, менее подверженными ситуативным флуктуациям.

Наиболее выраженные различия между группами

наблюдались для шкалы «Психологические и социальные антонимы» ( $p \leq 0,01$ ). Здоровые испытуемые значимо чаще испытуемых с шизофренией допускали возможность сосуществования противоположных социальных и психологических характеристик. Достаточно высокий балл здоровых испытуемых по данной шкале (в среднем около 9 утвердительных ответов из 14) указывает на существование *нормативной* инкогерентности их образа мира (по крайней мере, в определенных его аспектах).

Более того, можно предполагать, что сама возможность удержания противоречий (противоположностей) является

условием для формирования целостного и дифференцированного представления об основном и сложном по своей природе объекте социальной перцепции – человеке, его образе. Более низкие оценки по данной шкале больных шизофренией показывают, что для них противоречивость, сложность в социальных и психологических характеристиках оказывается менее переносимой, а сами эти конструкты являются более полярными и взаимоисключающими. Данный результат соотносим, например, с распространенным в психоаналитическом подходе представлением о слабой интеграции между собой и отделенности друг от друга противоречивых аспектов репрезентаций Я и Объект-репрезентаций при шизофрении (Кернберг, 2001).

Показательно, что наиболее отличие из всех пунктов шкала получила пара «любить – ненавидеть» (наиболее ярко отражающая эмоциональное отношение), 95% утвердительных ответов у здоровых испытуемых против 54% у пациентов. Это именно та противоречивость психологического устройства субъекта, с которой пациентам труднее всего смириться, почти как с сосуществованием противоположных физических свойств.

В норме противоречие выражается в том, что противоположная тенденция (например, критика конкретного поступка) воспринимается как элемент, часть целостного объекта (хорошего отношения в целом), в то время как при патологии

противоположные тенденции оказываются рядоположенными, расщепленными и необъединенными во что-то целостное (критика – это проявление скрытого плохого отношения ко мне). Если в норме удержание противоречия (в такой мягкой форме) позволяет интегрировать различные аспекты восприятия поведения окружающих в целостное и неодностороннее представление, то при шизофрении (в силу невозможности принять противоречия) имеются две интерпретации, которые не синтезируются во что-то целостное, а потому «калейдоскопически» сменяют друг друга (например, обесценивание и идеализация).

Кроме того, значимые различия между группами были обнаружены по шкалам «Физические не-антонимы» ( $p \leq 0,05$ ) и «Психологические и социальные не-антонимы» ( $p \leq 0,01$ ). Средний балл по обеим шкалам в контрольной группе оказался близок к максимальному, иначе говоря, большинство испытуемых контрольной группы дало утвердительные ответы на все пункты данных шкал. При этом испытуемые с шизофренией чаще здоровых испытуемых отвечали «нет» на пункты этих шкал. Иными словами, пациенты чаще видели противоречие там, где его не было. Механизмы, лежащие в основе этого феномена, требуют своего уточнения, однако он указывает на иной способ структурирования информации больными шизофренией, меньшую дифференцированность и большую «слитность» характеристик и

признаков, по которым оценивается формы мышления (Выготский, объект, что сходно с проявлениями 1956). комплексной (до-понятийной)

## Выводы

1. В ходе исследования получены новые данные о валидности разработанного опросника (на большей выборке).

2. Психологическая и социальная инкогерентность является нормативной для социальной перцепции.

3. Дальнейшая апробация опросника требует оценки его психометрических свойств (внутренняя согласованность, ре-тестовая надежность и др.) и его применения на разных клинических группах.

## Литература

- Блейлер, Э. (1993). Руководство по психиатрии. Москва: Независимая психиатрическая ассоциация, изд-во «Смысл».
- Выготский, ЛС. (1956). Нарушение понятий при шизофрении. В Л.С. Выготский, Избранные психологические исследования. (сс. 481-496). Москва: Изд-во АПН РСФСР.
- Гегель, ГВФ. (1970). Наука логики. Т1. Москва: Мысль.
- Жмуров, ВА. (2018). Психиатрия. Москва: Умный доктор.
- Кернберг, ОФ. (2001). Тяжелые личностные расстройства. Москва: Класс.
- Рассказова, ЕИ, Тхостов, АШ, Абрамова, Ю. (2015). Несогласованность оценок себя, мира и людей как психологический конструкт: разработка и апробация методики противоречивости когнитивных убеждений. [Электронный ресурс]. Психологические исследования, 8(39): 4-4.
- Рупчев, ГЕ, Алексеев, АА. (2017). Первичная апробация методики для диагностики восприятия противоречий в норме и при психической патологии. Клиническая и специальная психология, 6(2): 130–140, doi:10.17759/cpse.2017060210
- Тиганов, АС. (1999). Шизофрения. В А.С. Тиганов (ред.), Руководство по психиатрии. Т1. (сс. 407-437). Москва: Медицина.
- Kay, SR, Fiszbein, A, Opler, LA. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13(2): 261–276.

## **The perception of contradictions in patients with schizophrenia and normal subjects**

G. E. Rupchev, PhD, senior researcher

Faculty of psychology, Department of neuro-and pathopsychology, Moscow State University; Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Center,, Moscow, Russia, rupchevgeorg@mail.ru

A. A. Alekseev, clinical psychologist

Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, alekseev.a.a@list.ru

S. A. Belyaev, clinical psychologist

SBIHC «PCHN<sup>o</sup>1», Branch PNDN<sup>o</sup>18 Day Hospital N<sup>o</sup>1, Moscow, Russia, sergeybelyaev86@ya.ru

V.D. Moskvina, student

Faculty of psychology, Moscow State University, Moscow, Russia, moskvina.vd@mail.ru

*Abstract.* The study is a further approbation of the questionnaire «Study of contradictions». The study involved 40 patients with schizophrenia and 42 healthy subjects. It was found that patients with schizophrenia significantly less likely to allow the possibility of coexistence in humans opposite social and psychological characteristics. In addition, patients also more often rejected the possibility of coexistence of non-conflicting characteristics.

*Keywords:* incoherence, contradiction, schizophrenia.

### Funding

This work was supported by grant Russian Foundation for Basic Research N<sup>o</sup> 17-06-00271.

## **Особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами**

Т.Б. Ирмухамедов

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт; кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии; г. Ташкент, Республика Узбекистан; e-mail: [mr.adibay@mail.ru](mailto:mr.adibay@mail.ru)

*Аннотация.* Объектом исследования явились 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Целью изыскания послужило изучение клинико-психологических особенностей аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами. В ходе исследования установлено, что аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

*Ключевые слова:* аутизм, аффективная организация, первазивные нарушения, аутистические расстройства, аффективные нарушения, аффективная стабильность, эмоциональное взаимодействие.

### **Введение**

Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутистическими расстройствами. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском

аутизме (первазивные нарушения развития) связаны с первичной дефицитностью аффективной сферы (Lovaas O.I.). Описаны наиболее характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффективной организации поведения и сознания (Авдеева, 2006; Эльконин, 1999). Выделены первые признаки аффективного не-

благополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до очевидного проявления синдрома во всей его полноте, а также определенные сочетания этих признаков, позволяющие предсказать формирование того или иного типа синдрома (Баенская, 2008). При расстройствах аутистического спектра трудности аффективного развития в раннем возрасте предшествуют и обуславливают первичные нарушения в становлении психических функций (Lovaas O.I.). Проблемы детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении способности адекватно реализовать задатки сенсомоторного, речевого, умственного развития в социальном и эмоциональном взаимодействии с близкими и активном освоении среды.

Цель – изучить клиничко-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

## **Материалы и методы**

В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Критериями включения в исследование являлось: наличие аутистических расстройств, начало эндогенного процесса в детстве у всех обследуемых больных, стационарное лечение в клинике на момент обследования, возраст от 6 до 10 лет. Боль-

ные дети обучались либо в массовой школе, либо в специализированных учебных заведениях, иногда в индивидуальной форме. Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 28 здоровых детей (18 мальчиков и 10 девочек), учеников массовых школ от 6 до 10 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической патологии в анамнезе. В исследовании применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма был использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

## **Результаты и обсуждение**

Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Накопление этих расстройств в течение первых двух - двух с половиной лет жизни и оформление их в определенные сочетания, предопределяет формирование вариантов синдрома детского аутизма, различающихся по степени раннего аффективного взаимодействия ребенка

с близкими и с окружением в целом. Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. Понимание нормальных возрастных изменений в характере и степени отзывчивости и активности ребенка в отношениях с близкими и через них, с более широким окружением позволяет уточнить характер первичных трудностей при угрозе аутистического развития. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привле-

кать внимание, а интенсивность негативных, которые преобладают, не может быть уменьшена. Эти трудности усугубляются врожденной невосприимчивостью таких детей во взаимодействиях с социальной и предметной средой, что проявляется, прежде всего, в особой легкости возникновения дискомфорта, порождающего стойкие амбивалентные переживания, фиксированные страхи. Вследствие аффективных расстройств возникают трудности адаптации детей с аутистическими расстройствами, проявляющиеся нарушением эмоционального контакта, ограниченностью способов взаимодействия с близкими, проблемы произвольной организации внимания и соответственно формирования совместно разделенных действий, неадекватностью реакций самосохранения, отсутствием исследовательской активности. В контрольной группе особенности аффективной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка - оформлением предпочтений, привычек, усвоением правильного порядка вещей, стабильности себя и окружающих - которое происходит под эмоциональным контролем взрослого.

## **Заключение**

Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитарности условий становления его собственного положительного опыта жизни в

окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

## Литература

Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. М.: МГППУ. - 2006. - № 2 - С. 82-92.

Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма // Дефектология. -2008.-№4.-С. 11-19.

Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте// Хрестоматия по возрастной психологии. Ч.1./Ред.-сост. О.А. Карабанова, А.И. Подольский, Г.В. Бурменская. М.: Российское психологическое общество, 1999. - 360 с.

Lovaas O. I. Teaching Developmentally Disabled Children. The ME Book. - Baltimore: University Park Press.

## Peculiarities of affective disorders in children with autistic disorders

T.B. Irmukhamedov

Tashkent Pediatric Medical Institute; Department of Psychiatry, Narcology and Child Psychiatry; Tashkent, Republic of Uzbekistan; e-mail: [mr.adibay@mail.ru](mailto:mr.adibay@mail.ru)

*Abstract.* The object of the study were 36 children with autistic disorders (25 boys and 11 girls) aged 6 to 10 years. The purpose of the survey was to study the clinical and psychological characteristics of affective disorders in children with autistic disorders. The study found that affective disorders in children with autistic disorders manifested in the violation of the regulation of adult activity and the maintenance of affective stability of the child.

*Keywords:* autism, affective organization, pervasive disorders, autistic disorders, affective disorders, affective stability, emotional interaction.

## **Проблема психологической адаптации пациента к хроническому соматическому заболеванию**

И.Н. Абросимов

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова; г. Москва, Россия; e-mail: [i.abrosimov@bk.ru](mailto:i.abrosimov@bk.ru)

*Аннотация.* Целью настоящего теоретического обзора является анализ проблемы адаптации личности в условиях хронического заболевания в современной клинической психологии. Описаны основные представления и концепции субъективного восприятия болезни, саморегуляции и адаптации личности в условиях угрожающего жизни и благополучию заболевания.

*Ключевые слова:* адаптация к болезни, внутренняя картина болезни, восприятие болезни, копинг-поведение, совладание с болезнью, приверженность лечению, болезнь, адаптация личности.

В современных научных публикациях отечественной и зарубежной медицины и клинической психологии отмечается рост интереса исследователей к проблеме адаптации личности в условиях имеющегося заболевания (Сирота, Московченко, 2016). Они подчеркивают важность разработки программ развития здоровье-сберегающего и здоровье-ориентированного поведения пациента для повышения эффективности процессов лечения и его реабилитации (Ялтонский, Абросимов, 2014; Ялтонский, Абросимов, 2017).

Внимание исследователей приспособления личности к условиям хронического заболевания не сосредотачивается только на влиянии физических симптомов, тяжести течения болезни на психическое функционирование пациента (Абросимов, 2016). Их интересует то, как индивид воспринимает, оценивает эти новые условия жизни, пытается ли изменить их или же подстраивается к ним сам за счет коррекции или отказа от прежних форм поведения и освоения новых (Тхостов, 2002).

Щелкова О.Ю. (2017) указывает на исключительную важность изучения механизмов адаптации пациента к жизни в ситуации хронического жизнеопасного заболевания и угрожающего благополучию лечения (например, трансплантации органов). Среди психологических параметров и показателей в качестве возможных рисков снижения адаптации личности к болезни могут быть рассмотрены интенсивные эмоциональные переживания связанные с неопределенностью в укоренившейся ситуации витальной угрозы и тревога в отношении дальнейшей жизни.

Описание процесса адаптации к хроническому заболеванию в современной литературе часто включает наличие следующих составляющих: 1) влияние демографических данных пациента и показателей тяжести заболевания; 2) проявление устойчивости (резильентности) личности пациента - самоэффективность, жизнестойкость, оптимизм, соладание со стрессом; 3) проявление уязвимости (риска) личности пациента – руминация, нарушение личностных границ в общении и самовосприятии; 4) позитивное межличностное взаимодействие – эмоциональная (эмпатическая) и инструментальная (советы по преодолению) социальная поддержка, наличие диадического (совместного) копинга; 5) негативные межличностное взаимодействие – ограничения социальной поддержки (трудности выражения чувств, сверхконтроль), отсутствие совместных форм копинга (Helgeson, 2017). Одна из ключевых ролей в адаптации к болезни отводится преодолению негативных переживаний или

состояний в связи с заболеванием посредством выбора и применения того или иного копинг-стиля (Наан, 1965; Murphy, 1974; Folkman, Lazarus, 1985).

Теория стресса и совладающего с ним поведения под целью и результатом успешной адаптации человека рассматривает восстановление гармоничного баланса между внешней средой индивида, предъявляющей порой трудновыполнимые требования, и его личностью, которая включает потребности, мотивы, смыслы и ресурсы (Колпаков с соавт., 2018). Отношения между ними могут быть искажены или даже прерваны серьезными, угрожающими жизни и благополучию стрессорами, в качестве которого может быть рассмотрено тяжелое хроническое заболевание (Вассерман, 2010).

Специфика совладания с имеющимся хроническим заболеванием и адаптации к нему обусловлена множеством факторов, среди которых можно выделить лишь некоторые, не претендуя при этом на их исчерпываемость или полноту. Так, важным представляется учет динамического аспекта хронического заболевания, поскольку периоды его течения, лечения и «отступления» зачастую не имеют четких границ, характеризуются неравномерной и непропорциональной относительно друг друга протяженностью во времени, смещая и искажая тем самым субъективное восприятие временной перспективы самого пациента. Опыт длительного заболевания может также вносить изменения в структуру и функционирование «чувственной ткани» заболевания, искажая словарь интрацептивного опыта человека. Это может затруднить диф-

ференциацию субъективных состояний и когнитивных репрезентаций здоровья и не-здоровья, которые составляют основу одного из начальных этапов на пути к регулированию болезни (Helgeson, Zajdel, 2017).

Социально-психологический аспект заболевания, и в частности вопросы, связанные с приобретением инвалидности, ограничением возможности полноценного образования, трудоустройства, создания семьи, являются также факторами обуславливающими совладание с болезнью. Основным механизмом нарушения адаптации здесь могут выступать затруднения или невозможность обратной связи, эмпатии и социальной поддержки в межличностных отношениях с близкими и значимыми другими, а также формирование общего стигматизирующего отношения к конкретному заболеванию в социуме. Изменения самооценки и самоидентификации, обусловленные наличием неизлечимого, трудно контролируемого, обезображивающего или смертельного недуга, являются неотъемлемой составляющей процесса адаптации к нему (Bartholomew, 1993). Наличие хронического заболевания изменяет самоотношение личности, поскольку ранее сформированная в период здоровья идентичность заменяется болезненной идентификацией, отражающей имеющиеся физические нарушения, эмоциональные реакции на физические симптомы и когнитивные представления о болезни. Хроническая болезнь, таким образом, вмещивается в стабильность образа «я» заболевшего человека, внося определенную степень неопределенности в его жизнь (Николаева, 2009).

Анализ моделей изменения поведения в отношении здоровья и рискованного поведения позволяет условно рассмотреть активность индивида в отношении своего здоровья как результат или важную составляющую процесса саморегуляции личности в условиях болезни. Описание механизмов саморегуляции не ограничивается этапами готовности и силой намерения личности для изменения поведения и рассматривает активное применение личностью стратегий по преодолению нежелательного состояния как механизм регулирования своего состояния. В рамках данного подхода авторы все чаще рассматривают такие конструкты как восприятие болезни, внутренняя картина болезни и лечения, комплаенс, качество жизни пациента в соотношении с показателями его копинг-ресурсов и копинг-стратегий (Рассказова, Кошелева, 2009).

Установлен тот факт, что психическая деятельность больных людей оказывается в той или иной степени под влиянием условий заболевания, что не может не проявляться в ее относительном изменении и/или искажении. Основанием для этого выступает одно из положений деятельностного подхода в отечественной психологии, а именно, что человек, даже попадая в условия болезни, продолжает оставаться активным субъектом деятельности. Следствием и подтверждением данного положения является тот факт, что у человека в условиях болезни формируется индивидуальное, свойственное только ему отношение к собственному заболеванию, к своему новому статусу (пациента, больного) (Тхостов, 2002).

Болезнь человека имеет как социальное, так и индивидуальное содержание. Индивидуальное содержание болезни связано с возможностью переносить страдания, бороться с болезнью, планировать свою жизнь. Социальное содержание болезни включает в себя аспекты взаимоотношений с самой болезнью и с другими людьми, которые заботятся о больном человеке. При длительно текущих заболеваниях личность больного может претерпеть значительные изменения (Шорина, 2003).

В отечественных научных источниках наиболее часто встречающимся понятием для описания субъективного отражения больным различных аспектов своего заболевания является понятие «внутренняя картина болезни». Внутренняя картина болезни (ВКБ) представляет собой субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь (Николаева, 2009). При этом на формирование ВКБ оказывает влияние целый ряд факторов, среди которых автором отмечаются как наиболее важные следующие: преморбидная личность больного; актуальная жизненная ситуация, в которой находится больной; прогностические признаки, важные для оценки возможности формирования у больного психических отклонений от нормы, патохарактерологических сдвигов и аномального развития личности.

Наряду с большой распространенностью многоуровневой теоретической модели внутренней карти-

ны болезни среди отечественных исследователей, в зарубежных исследованиях широкое применение получила модель репрезентаций заболевания Говарда Левенталя (Model of illness representations; Leventhal H.), также описывающая механизмы различных аспектов реагирования личности на болезнь и систему отношений «личность-болезнь» в целом.

Данная модель ориентирована на человека в условиях болезни и на его идеи о здоровье и болезни. Гипотеза модели предполагает, что люди в условиях болезни создают когнитивные репрезентации (представления о) своего заболевания на основе конкретного и абстрактного источников информации доступных для них, для того чтобы лучше понять и справиться с этой проблемой. Данные репрезентации представляют собой интерпретацию информации о болезни, которая формирует первый шаг для обращения за помощью, принятия мер по совладанию с заболеванием и принятия лечебной дисциплины (Leventhal et al., 1980; Diefenbach, Leventhal, 1996; Leventhal et al., 2001; Moss-Morris, Petrie, 1996).

Недавние исследования привели к дальнейшему расширению теории репрезентаций болезни. Например, были описаны убеждения относительно контроля лечения. Контроль лечения подразумевает ощущение роста возможности применения более эффективного совладающего с болезнью поведения (например, «Если я приму это лекарство, то оно поможет вылечить мою болезнь») или эффективности лечения (например, «Прием этого лекарства будет эффективным для

облегчения симптомов моей болезни»).

Согласно теории стресса и копинг-поведения условия болезни, в которые попадает человек, необходимо рассматривать в качестве ведущих стрессоров, на которые направлены те ил и иные стратегии адаптации и совладания. Психологическое предназначение совладающего поведения (копинга) состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации. Оно позволяет субъекту обеспечивать поддержку либо укрепление здоровья и благополучия и способствовать их разрушению. Болезнь, как критическое жизненное событие, предъявляет высокие требования к личностным ресурсам, адаптационному потенциалу человека в приспособлении к изменившемуся социальному и профессиональному функционированию. Поэтому болезнь также воспринимается человеком как стресс, и тоже требует применения наиболее эффективного способа адаптации к ней, показателем которой следует считать улучшение и/или стабилизацию состояния больного (Ялтонский с соавт., 2014).

Исследования показывают, что выбор личностью тех или иных стратегий совладания в отношении своей болезни тесно связаны с показателями приверженности лечению и комплаентностью (сотрудничества с врачом), что в свою очередь определяет высокие результаты лечение и качество жизни пациента (Ющук, Сирота, 2015).

Под приверженностью лечению принято рассматривать степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полу-

ченными от врача. Приверженность пациента лечению может проявляться как в отношении приема препаратов, так и в других врачебных назначениях. Когда пациенту назначают определенный курс лечения, это базируется на знаниях из достоверных источников, и ожидается, что лечение будет повышать самочувствие или контролировать прогрессирование заболевания.

Поэтому логично предположить, что низкий уровень приверженности к лечению приносит вред. Однако когда речь идет о такой сложной и многокомпонентной схеме лечения, то возникает множество факторов препятствующих их соблюдению. Такими факторами могут служить труднодоступность лекарственных средств, невозможность посвятить лечению большую часть личного времени, больной может просто не успевать выполнять все требования, прописанные в схеме лечения.

На протяжении последних лет описано немного эффективных психокоррекционных мероприятий, повышающих приверженность лечению пациентов, однако были предложены некоторые модели, включающие психообразование, семейную терапию, бихевиоральную терапию, психопедагогический и чисто дидактичный подходы. Однако анализировать сравнительную эффективность различных подходов из-за больших различий в методологии исследований представляется трудным. Также была разработана методика, называемая комплаент-терапией, сочетающая когнитивно-бихевиоральные методики с мотивационным консультированием, целью которой служит повышение

уровня приверженности лечению (Abbott et al., 2001; Abbott et al., 2008).

Таким образом, разработка и оценка методов психокоррекции и психологической поддержки процесса адаптации личности к условиям болезни являются актуальными и входят в ряд первостепенных задач современной клинической психологии и медицины. И задачи эти могут решаться только благодаря совместной командной работе участников лечебного процесса (врач, пациент, психолог, окружение пациента, социальные службы) и с опорой на междисциплинарные биопсихосоциальные модели болезни и здоровья, учитывающие не только физические ограничения, возможности и потребности человека вследствие заболевания, а также подчеркивающие духовные, личностные и социальные факторы.

## Литература

Абросимов И.Н. Внутренняя картина болезни и совладающее поведение у взрослых пациентов с муковисцидозом: Дисс.. канд. психол. н. - М., 2016. - 198 с.

Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. - СПб.: Речь, 2010. - 192 с.

Колпаков Я.В., Бузина Т.С., Зелтынь Т.В. Проблема изучения внутренней картины болезни пациентов, зависимых от психоактивных веществ, с сопутствующими социально значимыми инфекциями // Вопросы нарко-

логии. - 2018. - №6 (166). - С. 68-69.

Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа // Вестник южно-уральского государственного университета. Серия: Психология. - 2017. - т.10. - № 1. - с. 121-138.

Николаева В.В. «Психосоматика: телесность и культура»: Учебное пособие для вузов - М.: Академический Проект, 2009. - 311 с.

Рассказова Е.И., Кошелева Н.В. Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения // Консультативная психология и психотерапия. - 2014. - Т. 22. - № 3 - С. 183-205

Сирота Н.А., Московченко Д.В. Метакогнитивные убеждения и беспокойство о прогрессировании у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Российский психологический журнал. 2016. Т. 13. № 1. С. 147-157.

Тхостов А.Ш. Психология телесности - М.: Смысл, 2002. - 287 с.

Шорина Н.М. «Внутренняя картина болезни» как предмет психологического исследования: учебное пособие - Владивосток: Мор. гос. ун-т., 2003. - 32 с.

Ющук Н.Д., Сирота Н.А., Федяева О.Н. Алгоритм определения приверженности антиретровирусной терапии у больных с вич-инфекцией // Психическое здоровье. - 2015. - Т. 13. - № 8 (111). - С. 18-30.

- Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. Особенности приверженности лечению взрослых больных муковисцидозом с разным уровнем восприятия угрозы заболевания // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. - 2014. - № 1-2. - С. 73-76.
- Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. Соотношение эмоционального реагирования на болезнь и ее когнитивных репрезентаций у взрослых пациентов с муковисцидозом. // Медицинская психология в России. - 2017. - № 1 (42). – Электр. ресурс.
- Abbott J., Hart A., Morton A., Gee L., Conway S. Health-related quality of life in adults with cystic fibrosis: The role of coping // Journal of Psychosomatic Research - 2008. - №64. - P. 149-157.
- Abbott J., Dodd M., Gee L., Webb A.K. Ways of coping with cystic fibrosis: implications for treatment adherence // Disability and Rehabilitation. - 2001. - №8. - P. 315-324.
- Bartholomew L.K., Parcel G.S., Swank P.R., Czyzewski D.I. Measuring self-efficacy expectations for the selfmanagement of cystic fibrosis // Chest. - 1993. - N103. - P. 1524-1530.
- Diefenbach M.A., Leventhal H. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical // The Journal of Social Distress and the Homeless. - 1996. - N5 - P. 11-38.
- Folkman S., R. Lazarus If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination // J. of Person. and Soc. Psychol. - 1985. - N48. - P. 150-170.
- Haan N. Coping and defense mechanisms related to personality inventories // J. Cons. Psychol. - 1965. - N 4. - P. 373-378.
- Helgeson V.S., M. Zajdel Adjusting to chronic health conditions // The Annual Review of Psychology. – 2017. - №68 – P. 545-571.
- Horne R. Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement // In K.J. Petrie, J.A. Weinman, Perceptions of health and illness - Amsterdam: Harwood., 1997 - P. 155-188.
- Leventhal H., Leventhal E.A., Illness selfregulation to patients with chronic disease / In A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer, Handbook of health psychology - Mahwah: Erlbaum., 2001. - P. 10-19.
- Leventhal H., Leventhal E.A., Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model // In A. Baum, T.A. Revenson, J.E. Singer, Handbook of health psychology - Mahwah: Erlbaum., 2001. - P. 19-47.
- Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense model of illness danger // In S. Rachman Medical psychology - New York: Pergamon, 1980. - P. 7-30.
- Moss-Morris R., Petrie K., Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? // British Journal of Health Psychology. - 1996. - N1. - P. 15-25.
- Murphy L. Coping vulnerability and residence in childhood // in Coping and adaptation. - N.Y., 1974. - P. 127-163.

## **The problem of psychological adaptation of the patient to chronic somatic disease**

I.N. Abrosimov

A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; Department of Clinical psychology; Moscow; Russia; e-mail: i.abrosimov@bk.ru

*Abstract.* The purpose of this theoretical review is to analyze the problem of adaptation of the individual in a chronic disease in modern clinical psychology. The basic concepts and concepts of the subjective perception of the disease, self-regulation and personal adaptation in conditions of life threatening and well-being of the disease are described.

*Keywords:* Adaptation to the disease, the internal picture of the disease, the perception of the disease, coping behavior, coping with the disease, adherence to treatment, the disease, the adaptation of the individual.

## **Этнокультуральные особенности стилей привязанности и связанных с ней механизмов психологической защиты у представителей Европейской и Азиатской популяции**

И.А. Федотов, Д.А. Рудакова, Я.А. Антошкин

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.

Павлова, г. Рязань, Россия, e-mail: [if@psychiatr.ru](mailto:if@psychiatr.ru)

*Аннотация.* Целью исследования стало выявление этнических особенностей привязанности и связанных с ней МПЗ у представителей европейской и азиатской популяции. Материалы и методы: было обследовано 115 здоровых добровольца (33 мужчины и 82 женщины), отобранных рандомизированно (средний возраст составил 21 (SD= 5,47) лет), из них 60 человек – представители европейской культуры (жители средней полосы России), 55 человек – представители азиатской культуры (граждане стран Средней Азии). В исследовании использовались 2 методики: методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) Плутчика-Келлермана; методика «Самооценка генерализованного типа привязанности». Результаты: У представителей азиатской популяции была выявлена большая представленность сверхзависимого типа привязанности (8% против 15%,  $p=0,019$ ). Статистически значимых корреляций между МПЗ и типом привязанности у представителей азиатской популяции выявлено не было. Для представителей европейской популяции: паттерн автономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу реактивного образования ( $r_s=-0,307$ ,  $p=0,017$ ), показатели сверхзависимого паттерна привязанности положительно коррелирует с тремя показателями механизмов психо-

логической защиты: регрессией ( $r_s=0,324$ ,  $p=0,012$ ), компенсацией ( $r_s=0,258$ ,  $p=0,047$ ), проекцией ( $r_s=0,313$ ,  $p=0,015$ ); показатели псевдоавтономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу компенсация ( $r_s=-0,265$ ,  $p=0,041$ ); у дезориентированного - отрицательно коррелирует с отрицанием ( $r_s=-0,404$ ,  $p=0,001$ ) и интеллектуализацией ( $r_s=0,354$ ,  $p=0,034$ ) и положительно - с проекцией ( $r_s=-0,274$ ,  $p=0,005$ ). При сравнении двух выборок были выявлены статистически значимые различия по напряженности психологических защит - интеллектуализация ( $p=0,004$ ) и реактивное образование ( $p=0,014$ ) более выражены у представителей азиатской популяции.

*Ключевые слова:* привязанность, механизмы психологической защиты, этнокультуральные особенности.

## Введение

Начиная с раннего детства, привязанность является необходимым компонентом любых межличностных взаимоотношений. Она исходит из потребности в психологической безопасности, устанавливается в результате длительного взаимодействия и отличается избирательностью, эмоциональностью и относительной устойчивостью (Mikulincer M. et al., 2012). Дж. Боулби полагал, что главная функция привязанности – это совладание со стрессом и восстановление чувства безопасности (Боулби Д., 2003). В предыдущих исследованиях было установлено, что для каждого вида привязанности есть свой специфический спектр типичных видов механизмов психологических защит (МПЗ) (Казанцева Т.В., 2011; Федо-

тов И.А. и соавт., 2016). Ряд исследований предполагает, что распределение частот различных видов привязанности может отличаться в популяциях представителей европейской и азиатской культур в связи с этнопсихологическими факторами (Mikulincer M. et al., 2012), но этот вопрос до конца не решён и остаётся открытым.

**Цель исследования** заключается в выявлении этнических особенностей привязанности и связанных с ней МПЗ у представителей европейской и азиатской популяции.

**Гипотеза:** Существуют различия в распределении типов привязанности и связанных с ней МПЗ у представителей европейской и азиатской популяцией в связи с этнопсихологическими особенностями.

## Материалы и методы

Было обследовано 115 здоровых добровольца (33 мужчины и 82 женщины), отобранных рандомизированно, из них 60 человек – представители европейской культуры, 55 человек – представители азиатской культуры (граждане стран Средней Азии). Их средний возраст составил 21 (SD= 5,47) лет. Критериями не включения стали: наличие клинически манифестных психических расстройств, аддикций или инвалидирующих соматических заболеваний; возраст менее 18 и более 50 лет; отказ от участия в исследовании.

В исследовании использовались 2 методики:

1. Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) Плутчика-Келлермана (Вассерман Л.И. и соавт., 2005) предназначалась для диагностики механизмов психологической защиты «Я», состояла из 97 утверждений. Измерялись 8 видов защитных механизмов: 1) Отрицание; 2) Компенсация; 3) Регрессия; 4) Проекция; 5) Реактивное образование; 6) Интеллектуализация; 7) Вытеснение; 8) Смещение.

2. Методика «Самооценка генерализованного типа привязанности» (Казанцева Т.В., 2011) использовалась в исследовании для определения одного из четырёх основных типов (стилей) привязанности. Стоит заметить, что согласно теории привязанности, типы привязанности относительно стабильны во времени. По классификации K. Bartholomew, L. M. Horowitz (1991) выделяется всего четыре генерализованных

типа привязанности, которые определяются соотношением позитивной или негативной репрезентативной моделью собственного я и другого человека:

- Автономия (тип А) — тип привязанности, складывающийся у людей, принимающих взаимозависимость и осознающих при этом свою самодостаточность. Это добровольная форма зависимости человека, реализующего потребности как в аффилиации, так и в индивидуации.
- Сверхзависимость (тип В) - тип привязанности, при котором личность признает факт зависимости в близких отношениях, однако отрицает независимость, как свою, так и партнера. Это тревожно-манипулятивная, принуждающая форма отношений, при которой подчиненное положение является следствием ограничения собственной свободы, а не следствием зависимости.
- Псевдоавтономия (тип С) - тип привязанности, при котором личность не приемлет никакой формы зависимости и преувеличивает значение независимости; характеризуется дистанцированием и демонстративной самодостаточностью.
- Дезориентированность (тип D) - тип привязанности, формирующийся у личности с негативной установкой как на взаимозависимость, так и на самодостаточность. Для них характерен пассивно-беспомощный тип отношений, в которых ни сам индивид, ни его партнеры не способны по-

влиять на реализацию его потребностей в аффилиации и в индивидуации.

Статистический анализ:

Для обработки результатов использовался пакет прикладных программ статистической обработки Statistica 6.0, а также программа MS Excel 2010. Проверка нормальности распределения проводилась по критерию Колмогорова-Смирнова. Так как все распределения были отличны от нормального, то для сравнения двух независимых выборок использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистическая значимость устанавливалась при  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

### 1. Анализ стилей привязанности

Было обнаружено, что среди представителей европейской культуры 42% испытуемых (25 человек) имели автономный тип привязанности (А), 8 % (5 человек) – сверхзависимый (В), 27 % (16 человек) - псевдоавтономный (С), 23 % (14 человек) – дезориентированный (D); среди азиатской популяции – 38 % испытуемых (21 человек) - автономный (А), 15 % (8 человек) - сверхзависимый (В), 27 % (15 человек) - псевдоавтономный (С), 20 % (11 человек) – дезориентированный (D) (Рис.1). Это соотношение соответствует распределению типов привязанности в здоровой популяции (Шустов Д.И. и соавт., 2013; Ainsworth M., 1969).

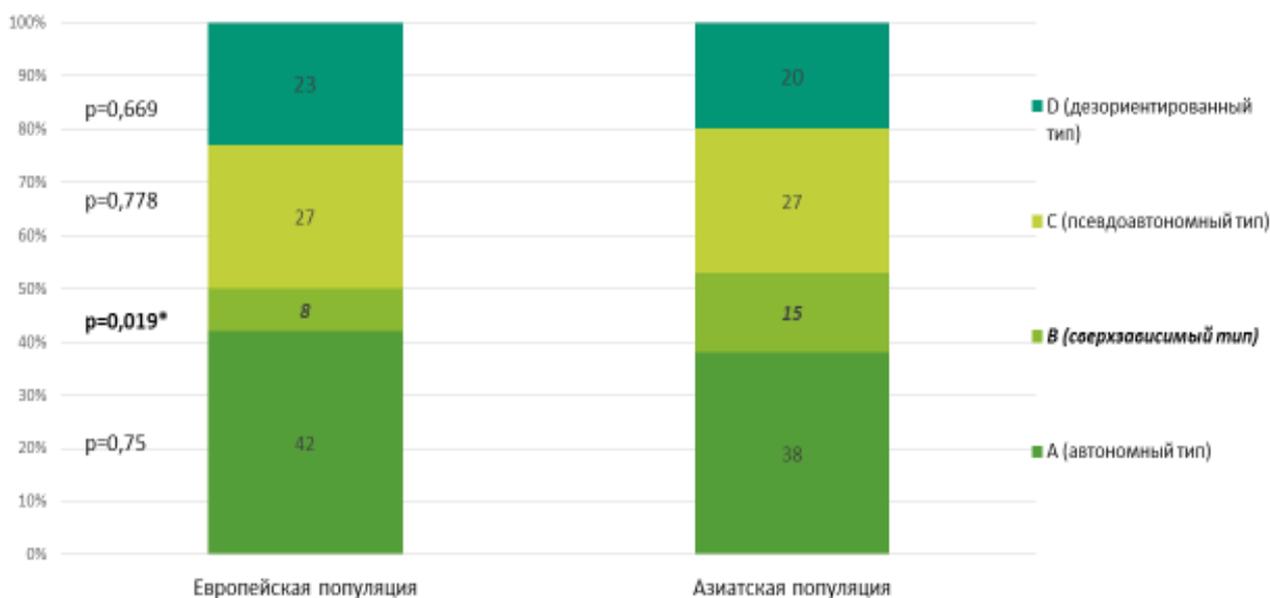


Рис.1. Соотношение типов привязанности у представителей европейской и азиатской культуры

Полученные данные указывают, что у представителей азиатской культуры больше представлен сверхзависимый тип привязанности ( $r=0,019$ ), при котором личность признает факт зависимости в близких отношениях, однако отрицает независимость, как свою, так и партнера. При подобной форме отношений подчиненное положение является следствием ограничения собственной свободы.

## 2. Связь типов привязанности и МПЗ

Далее, для выявления психодинамических характеристик, лежащих в основе формирования привязанности, был проведен корреляционный анализ связи между меха-

низмами психологической защиты и типами привязанности.

Статистически значимых корреляций между механизмами психологической защиты и типом привязанности у представителей азиатской популяции не было выявлено (Таблица 1). Данные результаты могут свидетельствовать, что для представителей азиатской популяции тип привязанности не специфичен на этапе совладания со стрессом, когда включаются механизмы психологических защит, искажающие восприятие реальности.

**Таблица 1.** Корреляционный анализ связи типа привязанности и МПЗ у представителей азиатской популяции

Привязанность \ МПЗ	А автономия	В сверхзависимость	С псевдоавтономия	Д дезорientированность
отрицание	$r_s=0,092$	$r_s=-0,001$	$r_s=0,005$	$r_s=-0,006$
	$p=0,505$	$p=0,992$	$p=0,974$	$p=0,963$
вытеснение	$r_s=0,040$	$r_s=-0,009$	$r_s=0,045$	$r_s=0,133$
	$p=0,773$	$p=0,95$	$p=0,744$	$p=0,334$
регрессия	$r_s=0,003$	$r_s=0,026$	$r_s=-0,097$	$r_s=0,162$
	$p=0,981$	$p=0,848$	$p=0,482$	$p=0,238$
компенсация	$r_s=0,115$	$r_s=0,039$	$r_s=-0,145$	$r_s=0,024$
	$p=0,404$	$p=0,775$	$p=0,29$	$p=0,861$
проекция	$r_s=0,024$	$r_s=0,243$	$r_s=0,047$	$r_s=0,206$
	$p=0,861$	$p=0,074$	$p=0,736$	$p=0,132$
замещение	$r_s=-0,150$	$r_s=0,129$	$r_s=0,170$	$r_s=0,148$
	$p=0,275$	$p=0,346$	$p=0,214$	$p=0,282$
интеллектуализация	$r_s=0,117$	$r_s=0,047$	$r_s=0,060$	$r_s=0,098$
	$p=0,396$	$p=0,731$	$p=0,662$	$p=0,478$
реактивные образования	$r_s=-0,115$	$r_s=-0,172$	$r_s=-0,120$	$r_s=0,103$
	$p=0,404$	$p=0,21$	$p=0,381$	$p=0,454$

У представителей европейской популяции в целом выявлено большее количество значимых корреляций между механизмами психологической защиты и типом привязанности (Таблица 2). Это может говорить о том, что для представителей европейской популяции на этапе, когда для совладания со стрессом включаются механизмы психологических защит, искажающие восприятие реальности, специфичность типа привязанности играет большую роль.

**Таблица 2.** Корреляционный анализ связи типа привязанности и МПЗ у представителей европейской популяции

Привязанность \ МПЗ	А автономия	В сверхзависимость	С псевдоавтономия	Д дезориентированность
отрицание	$r_s=0,234$	$r_s=-0,214$	$r_s=0,094$	<b><math>r_s=-0,404</math></b>
	$p=0,072$	$p=0,101$	$p=0,473$	<b><math>p=0,001^*</math></b>
вытеснение	$r_s=-0,233$	$r_s=-0,082$	$r_s=0,184$	$r_s=0,123$
	$p=0,073$	$p=0,532$	$p=0,159$	$p=0,350$
регрессия	$r_s=-0,052$	<b><math>r_s=0,324</math></b>	$r_s=-0,143$	$r_s=0,121$
	$p=0,695$	<b><math>p=0,012^*</math></b>	$p=0,277$	$p=0,357$
компенсация	$r_s=-0,108$	<b><math>r_s=0,258</math></b>	<b><math>r_s=-0,265</math></b>	$r_s=-0,148$
	$p=0,411$	<b><math>p=0,047^*</math></b>	<b><math>p=0,041^*</math></b>	$p=0,258$
проекция	$r_s=-0,155$	<b><math>r_s=0,313</math></b>	$r_s=0,028$	<b><math>r_s=0,354</math></b>
	$p=0,238$	<b><math>p=0,015^*</math></b>	$p=0,829$	<b><math>p=0,005^*</math></b>
замещение	$r_s=-0,209$	$r_s=0,228$	$r_s=0,048$	$r_s=0,185$
	$p=0,108$	$p=0,079$	$p=0,718$	$p=0,157$
интеллектуализация	$r_s=0,189$	$r_s=-0,066$	$r_s=0,075$	<b><math>r_s=-0,274</math></b>
	$p=0,147$	$p=0,614$	$p=0,571$	<b><math>p=0,034^*</math></b>
реактивные образования	<b><math>r_s=-0,307</math></b>	$r_s=0,053$	$r_s=-0,232$	$r_s=0,109$
	<b><math>p=0,017^*</math></b>	$p=0,69$	$p=0,075$	$p=0,409$

Паттерн автономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу реактивного образования ( $p=0,017$ ). Показатели сверхзависимого паттерна привязанности положительно коррелирует с тремя показателями механизмов психологической защиты: регрессией ( $p=0,012$ ), компенсацией ( $p=0,047$ ), проекцией ( $p=0,015$ ). Показатели псевдоавтономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу компенсация

( $p=0,041$ ), а у дезориентированного - отрицательно коррелирует с отрицанием ( $p=0,001$ ) и интеллектуализацией ( $p=0,034$ ) и положительно с проекцией ( $p=0,005$ ).

Таким образом, полученные результаты можно трактовать следующим образом: представители европейской популяции, обладающие привязанностью **автономного типа (А)**, предотвращают проявления неприемлемых желаний (например, агрессивных), благодаря развитию противоположных этим

желаниям установок и форм поведения. Неприемлемая часть при этом перестаёт осознаваться, а приемлемая — гипертрофируется. Зачастую бывает, что агрессия преобразуется в излишне активную заботу и любовь.

Для представителей европейской популяции со **сверхзависимым типом (В)** характерно использование психологических защит, акцентированных на межличностных интеракциях, в которые они постоянно излишне вовлечены.

Представители европейской популяции, обладающие привязанностью **псевдоавтономного типа (С)** не склонны исправлять или как-то восполнять собственную реальную или воображаемую физическую, или психическую неполноценность.

Представители европейской популяции с **дезориентированным типом (D)** привязанности склонны приписывать собственные неприемлемые чувства, желания,

мотивы окружающим их людям, и как следствие, не чувствовать за них ответственность, из-за чего зачастую стремятся удалить человека, на которого спроецировано что-то негативное, из окружения, чтобы так избавиться от «вызванных им» чувств.

При сравнении двух выборок были выявлены статистически значимые различия по таким показателям как интеллектуализация ( $p=0,004$ ) и реактивное образование ( $p=0,014$ ) – все они более выражены у представителей азиатской популяции. Т.е. для них свойственно целенаправленное подавление и сдерживание эмоций, выстраивание выраженной зависимости их от рациональной интерпретации ситуации, либо за счёт предотвращения проявления неприемлемых желаний (например, агрессивных), благодаря развитию противоположных этим желаниям установок и форм поведения. Неприемлемая часть при этом перестаёт осознаваться, а приемлемая – гипертрофируется.

## Выводы

1. У представителей азиатской популяции была выявлена большая представленность сверхзависимого типа привязанности, что характеризует этнокультуральные особенности.
2. Статистически значимых корреляций между МПЗ и типом привязанности у представителей азиатской популяции не было выявлено.
3. Для представителей европейской популяции: паттерн автономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу реак-

тивного образования, показатели сверхзависимого паттерна привязанности положительно коррелирует с тремя показателями механизмов психологической защиты: регрессией, компенсацией, проекцией; показатели псевдоавтономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу компенсация; у дезориентированного – отрицательно коррелирует с отрицанием и интеллектуализацией и положительно – с проекцией.

4. При сравнении двух выборок были выявлены статистически значи-

мые различия по напряженности психологических защит - интеллектуализация и реактивное образова-

ние более выражены у представителей азиатской популяции.

## Литература

- Боулби Дж. Привязанность [Текст] / Дж. Боулби. – Москва: Гардарики, 2003. – 477 С.
- Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. - Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. - Спб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. - 50 с.
- Казанцева Т. В. Социально-психологические детерминанты межличностной привязанности: дис. ... кандидата псих. наук / Казанцева Татьяна Валерьевна; Санкт-Петербургский государственный университет. – СПб.– 2011. – 205 С.
- Федотов И.А., Рудакова Д.А. Психологические защиты и копинг у людей с различными типами привязанности [Электронный ресурс] / И.А. Федотов, Д.А. Рудакова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2016. № 2 (13). Режим доступа: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=211> (дата обращения: 09.07.2018).
- Шустов Д.И., Федотов И.А., Новиков С.А. Жизненный сценарий в свете теории функциональных систем П.К. Анохина (в поиске точек соприкосновения психологии, психиатрии и психофизиологии) / Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. 2013 - № 3, стр. 172-176
- Ainsworth M. Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationships / M. Ainsworth// Child Development – 1969. – Vol. 40. – P. 969-1025.
- Bartholomew K. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model / K. Bartholomew, L. M. Horowitz // Journal of Personality and Social Psychology. – 1991. – Vol. 61. – P. 226-244.
- Mikulincer M., Shaver P. R. Взгляд на психопатологию с точки зрения теории привязанности [Электронный ресурс] / Mario Mikulincer, Phillip R. Shaver // World Psychiatry. – 2012. – Vol. 11. – P. 13-17. Режим доступа: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/15/265> (дата обращения: 2.07.2018)

## **Ethnocultural differences of attachment's styles and connected with them psychological defense mechanisms in the European and Asian populations**

I. A. Fedotov, D. A. Rudakova, Ya. A. Antoshkin

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, e-mail: [if@psychiatr.ru](mailto:if@psychiatr.ru)

*Abstract.* The aim of the study was to identify ethnic characteristics of attachment and associated with them psychological defense mechanisms (PDM) in European and Asian populations. Materials and methods: 115 healthy volunteers (33 men and 82 women) were randomly selected (average age was 21 (SD= 5.47) years), 60 of them were representatives of European culture (residents of Central Russia), 55 people were representatives of Asian culture (citizens of Central Asia). The study used 2 methods: 1) the method "Life style index" (LSI) developed by Plutchek-Kellerman; 2) method "Self-assessment of generalized type of attachment". Results: representatives of the Asian population were found to have a large representation of the preoccupied type of attachment (8% vs. 15%,  $p=0.019$ ). There were no statistically significant correlations between PDM and attachment type in the Asian population. Representatives of the European population: the pattern of Secure type of attachment is negatively correlated with indicators of psychological protection according to the type of reactive education ( $rs=-0,307$ ,  $p=0.017$ ), indicators preoccupied pattern of attachment is positively correlated with three indicators of psychological defense mechanisms: regression ( $rs=0,324$ ,  $p=0.012$ ), compensation ( $rs=0,258$ ,  $p=0,047$ ), projection ( $rs=0,313$ ,  $p=0.015$ ); indicators of pseudoautonomous type of attachment is negatively correlated with indicators of psychological protection by type of

compensation ( $r_s = -0,265$ ,  $p = 0,041$ ); from disoriented - is negatively correlated with denial ( $r_s = -0,404$ ,  $p = 0,001$ ) and intelligence ( $r_s = 0,354$ ,  $p = 0,034$ ) and positively with the projection ( $r_s = -0,274$ ,  $p = 0,005$ ). Comparing the two samples revealed statistically significant differences in the intensity of psychological defenses-intellectualization ( $p = 0,004$ ) and reactive formation ( $p = 0,014$ ) were more pronounced in the Asian population.

*Keywords:* attachment, mechanisms of psychological defence, ethno-cultural features.

# **Effective Psychotherapy: concepts, strategies, practices. Presentation of psychotherapy based on Paul Diel's theory (Psychology of motivation)**

S. Zolotareff <sup>1</sup>, E. Yu. Antokhin, R. I. Palaeva <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Director of the Institute EHEPM, Professor at the University of HEC, Ph.D., Paris, France; Associate Professor at Samara Academy of Humanities, Russia;

<sup>2</sup> Orenburg State Medical University. Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg, Russia

e-mail: [antioh73@yandex.ru](mailto:antioh73@yandex.ru)

*Abstract:* This lecture will hold three parts: 1. Show that the theory of Paul Diel is in the continuity of the philosophical and later psychological discoveries. Define the frame of the interventions of this method. Position of the patient, state of the patient, duration of the analysis, medical collaboration. 2. Show that this theory is based on the laws of internal world, which allow to understand what takes place at the psychic level. Three major classes of psychic deviations can be explained by the theory of Psychology of Motivation. 3. Description of cases: two cases of psychotherapy will be presented in order to illustrate the method and its results.

*Keywords:* psychotherapy, psychology of motivation, Paul Diel's theory

## **Part I**

Paul Diel belongs to the greater thinkers of the modern world, without having had recognition in his lifetime. His work is based on discoveries made earlier, from philosophers to psychologists. This continuity is already a proof of a scientific method which can include all the major steps in the research about the way human brain is working.

The aim of psychology is to study « how does our brain work? ». Can we predict what is going to happen if we think this or that way? Prediction and verification are the principles used in physics or chemistry, which give us confidence in these sciences. But to

understand, predict and verify doesn't automatically offer a solution to the patient. Why? Just because if a patient doesn't want to recover, nobody can force him or her to. We have to admit that sometimes patients prefer their illness rather than a recovery, because psychiatric disease involves the patient himself. To get the patient out of his illness we need to offer him or her a better choice in terms of satisfaction. It is up to him or her, after the proposal is made, to accept it or not. Suffering may be pleasant when everybody takes care of you. To quit this sort of satisfaction demands quite a strong willingness. Paul Diel and all others

researchers have understood this problem. This is the limit of all therapeutic practices.

A therapy can only operate if the patient wants to. If so, then the therapist needs to explain him or her how a brain works, including the patient's own brain. The patient has to be involved and ready to make some experiments on himself or herself, because this is the only way to feel a different kind of satisfaction and to be able to change his usual way of thinking towards the one proposed to him or her by the therapy.

In the “dielienne therapy” the patient has to listen to the therapist and to write down explanations made, in order to learn and then to be able to redo the thinking. The therapist has to understand the case and formulate a solution through a thinking. This is how “dielienne therapy” proceeds. For sure it means a lot of work both for patient and therapist. But it is so interesting and so moving! For sure when the therapist succeeds to cure the patient from such an disease, it is a

wonderful shock!

The duration of the therapy is about 1 to 10 working sessions. In some cases, it is even possible to achieve the cure with a single session. Why is this possible ? Just because in some rare cases, the understanding of the causes of the disease is enough to free the patient from his symptoms. Five to seven sessions is more usual, depending of the way the therapist can address the problem and expose the patient's way of thinking. A therapy can be pursued during a lifetime if the patient, after having recovered, is interested in the method as such and wants to help others.

Medical collaboration is needed to help the patient equilibrate his or her production of hormones (serotonin, dopamine, norepinephrine or others) disrupted by his or her noxious habit of daydreaming. Only a joined action of psychiatrist and therapist may provide a solution. Tablets are a great help but can't rebuild the patient's way of thinking. This has to be made by a therapist.

## Part II

Paul Diel's advanced psychological theory based on methodical introspection uses a glossary of around one hundred terms, relative to specific concepts of the internal world. As these concepts can be related with each other, laws can be established. Even if a precise means of quantification has not yet been found, neurosciences already provide some clues to find a way of measuring the psychological activity of human brain. A suggestion or a daydream instantaneously leads to a production of hormones which can

be measured. Experiments can confirm these laws and may validate the theory. Let us present at least the very first law expressed in Diel's theory, “ $E=I$ ”, meaning that the degree of exaltation equals the degree of inhibition. If you get overexcited, thus experimenting an exaltation caused by an idea, then you will create an internal inhibition of the same intensity, or vice-versa. This may seem obvious or completely irrational, but experimentation demonstrates that this law works and is applicable. When such exaltation arises, an energy is

blocked due to the fact that exaltation creates inhibition and both are ambivalent. This internal contradiction blocks the energy necessary to perform any action related to this exaltation. Understanding the relationship between E and I allows the patient to release energy. This can be intimately felt.

Paul Diel has discovered around twenty laws which rule our way of thinking and, thus, our decisions. These laws allow us to explain what is going on in our mental state and, more than that, can predict what is going to happen if we maintain a given way of thinking. Admittedly, the formula presented by the author are still under study and have submitted to further experimentations. Nevertheless, the results already obtained by therapy confirm that this is the direction to be followed.

Each of us have a secret goal to reach, a kind of absolute, which is never allowed go public but which does exist as a task to be accomplished during our life. This is what Diel expresses as overexalted task (*tâche exaltée* in French). This Task can be unrealistic and very often is. There are three different noxious ways to deal with it, potentially leading to mental disorder. Either by denying it to be present in

our mind, or by admitting it but without identifying it to be unrealistic and unattainable.

Denying that the overexalted task is present in our mind, can lead to mental disorder, and as a result the body will produce symptoms such as addictions, OCD (obsessional-compulsive disorder) or any other type of obsessions. The cause of this mechanism lies in the unrealistic nature of the overexalted task, leading to permanent dissatisfaction, which has to express itself through symptoms because of the energy blocked by the internal conflict. If the overexalted task is concentrated into a unique goal (for example, the dream of being a genius) then the patient will be alternatively in a state of euphoria and abulia -that is to say psychasthenia. If the overexalted task is disseminated, fractioned into multiple small tasks (for example, the need to take care perfectly of the household chores, and to be professionally perfect, and so on), the patient will be in a permanent state of dispersion of energy and urge to please others: hysterical (histrion) personality.

These are the three main types of psychic illness (neurosis) according to Diel's theory. All combinations can occur from these three major types.

### Part III

The two cases described hereafter refer to patients who were under medical treatment prescribed by psychiatrists. As a result of Dielian therapy, both patients recovered rapidly from their mental disease and were able to reduce the dose of their

medications. The therapeutic work continued after this first stage of recovery, but the sessions were more and more sporadic.

1. First case. A married woman who has been in burn out in her

professional situation and was involved in familial conflict.

Medicine: Zoloft (ISRS) 2 pills / day, Strezam (anxiolytic) 2p / morning and evening

Problem: overloaded at work and unable to say no. No feeling of happiness.

The patient was depreciating herself in a drastic way. She was feeling hopeless, usefulness, idiot... Therapy explained her that by ambivalence, (law of ambivalence), she was unconsciously dreaming that she was above everyone. This process was blocking all her energy. Therapy was able to deconstruct the process of self-justification she put in place, thanks to application of the laws expressed in Diel's theory.

Result: after 5 therapeutic sessions, no more medicine, able to manage her situation at home as well as at work. Needs some more sessions to maintain this situation (every 3 months two to three sessions). Only Strezam remaining 1p in the morning.

2. Married woman who wanted to be perfect in her job, has great

difficulties at home and has suffered from a burn out.

Medicine: Citaloprane 30mg (ISRS)/ day

Problem: wants to prove that everything she does is perfect.

Therapy explains that perfection is not reachable. The major point in the explanation was to connect the different (four) types of self-justification she was giving to herself to prove that perfection was the only way to do her job. These self-justifications lead to a burn out automatically.

Therapy also demonstrates her that familial and professional problems are linked together.

These demonstrations are based on the analysis of her speech, detecting illogisms and explaining why and how her overexalted task was impossible to accomplish. This impossibility being the root of her problems.

Result: after 2 months and 8 therapeutic sessions: Feels better, is able to manage her job with less stress, no more burn out, Citaloprane 5 mg (ISRS)/ day. Keeps on the sessions once a week (duration could be a year to get rid of every trouble).

## Conclusion

Only a strong collaboration between sciences of internal world and external world such as medicine may bring a solution to solve the psychiatric diseases. We need to set up a strong collaboration between psychiatry and psychology to help patients.

## References

- Solotareff J. (2016). Psychanalyse introspective: Études de cas thérapeutiques, MA-ESKA
- Solotareff J. (2016). Psychanalyse introspective : Déterminisme et libération, MA-ESKA
- Solotareff J. (2017). L'esprit, fonction et limites, Psychanalyse introspective, MA-ESKA
- Solotareff J. (2017). Regards sur l'évolution, Psychanalyse introspective, MA-ESKA
- Solotareff J. (2017). Le langage des paraboles, Psychanalyse introspective, MA-ESKA
- Solotareff J. (2017). Intuition et méthode, Psychanalyse introspective, MA-ESKA
- Solotareff J. (2018). Fonction surconsciente et sens de la vie, MAESKA
- Solotareff J. (2017). Comprendre les personnages de la Bible, MA-ESKA
- Diel J.(2018). La vie de Paul Diel, MA-ESKA
- Diel P. (2018 (1ère édition 1964). Le Journal d'une psychanalyse, MA-ESKA
- Solotareff S. (2018). Le doute, MA-ESKA
- Solotareff S. (2018).L'introspection méthodique pour le management, MA-ESKA
- Solotareff J. (1979). Le symbolisme dans les rêves, Payot
- Solotareff J. (1991). L'aventure intérieure, Payot
- Solotareff J.(2006). La vie à deux et ce qui s'ensuit, Payot
- de Paul Diel et Jeanine Solotareff (1994 première édition 1983). Le symbolisme dans l'évangile de Jean, Payot
- Diel P. 2002 (première édition 1948). La psychologie de la motivation, Payot
- Solotareff J. (2004 première édition 1950). La divinité, Payot
- Diel P. (2002 (première édition 1952). Le symbolisme dans la mythologie grecque, Payot
- Diel P. (2004 première édition 1956). La peur et l'angoisse, Payot
- Diel P. (2004 première édition 1968) Culpabilité et lucidité, Payot
- Diel P. (1989 première édition 1969). Éducation et rééducation, Payot
- Diel P. (2002 (première édition 1975).Le symbolisme dans la Bible, Payot
- Diel P. (2007). Le besoin d'amour, Payot
- Diel P. (2011). Science et foi, Payot
- Diel P. (2011). Angoisse et joie, Payot
- Diel P. (2012). Ce que nous disent les mythes, Payot
- Diel P. (2013). Penser sa vie, Payot
- Martin Bélanger, M. (2005). Moi, Martin Bélanger, 34 ans, Schizophrène, Éd. de l'Homme
- Lauveng A. (2014). Demain j'étais folle, Éd. Autrement

## Требования к оформлению статей

Язык публикации	Русский, английский
Объем 1 статьи	От 5 страниц текста, не включая список литературы
Наличие иллюстративного материала	Приветствуется, количество не ограничено
Количество ссылок на источники литературы	От 25, из них не менее 30% зарубежные
Стиль оформления ссылок по тексту статьи и списка литературы	<b>APA</b> «В литературе имеется ряд доказательств (Александров, 2006; Борисов с соавт., 2009), что...» «Вагнер (2010) убедительно показал, что...». Цитируемые источники перечисляются в алфавитном порядке, отделяются друг от друга знаком «;». В русскоязычном варианте список литературы должен начинаться с русских источников, после идут англоязычные. В переводном варианте источники располагаются в алфавитном порядке, без деления на русскоязычные и англоязычные.
Количество ключевых слов	<b>От 7</b>
Шрифт основного текста	<b>Georgia, 12 размер</b>
Поля страницы	Верхнее – 2, нижнее – 2, левое – 2,5, правое – 2,5
Абзацный отступ	<b>1 см</b>
Междустрочный интервал	<b>1,15</b>
Выравнивание текста	<b>По ширине</b>

Размер заголовков статей	<b>18</b>
Размер заголовков подразделов статей	<b>16</b>
Структурированная аннотация	Обязательно разделяется на соответствующие подразделы статьи: Цель Материалы и методы Результаты и обсуждение Заключение
Обязательное наличие разделов в статьях эмпирического характера	Введение Цель Материалы и методы Результаты и обсуждение Заключение Литература
Статьи обзорного характера, а также короткие сообщения и рецензии на книги	Могут иметь иную структуру
Размещение графиков, диаграмм, рисунков и прочего иллюстративного материала	По центру страницы
Требования к иллюстрациям	Высокое разрешение, четкость, контрастность, обоснованное применение цветных изображений
Подпись изображений	Непосредственно под иллюстрацией, по центру. Пример:
	
	Рис. 1. Результаты исследования...
Размещение таблиц	По центру страницы

Обозначения столбцов

Выделяются жирным шрифтом

Наименования таблиц

Помещаются непосредственно над таблицами и отделяются одной строкой от предыдущего текста. Выравнивание – по правому краю. Пример:

**Таблица 1.** Результаты исследования...


Обязательные элементы статей для перевода на английский язык

Заголовки

Авторы и аффилиация

Аннотация

Ключевые слова

Список литературы

При желании

Можно представить качественный перевод полного текста статьи

# **Нарушения исполнительных функций у больных с первым эпизодом шизофрении**

А.В. Рыбаков <sup>1</sup>, Е.Ю. Карташев <sup>1</sup>, Л.Ю. Павелко <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный университет; кафедра психиатрии и наркологии; г. Санкт-Петербург, Россия; e-mail: [1917rybakov@gmail.com](mailto:1917rybakov@gmail.com)

<sup>2</sup> Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б.Ганнушкина; 2 психиатрическое отделение; г. Москва, Россия; e-mail: [sch777@gmail.com](mailto:sch777@gmail.com)

*Аннотация.*      *Цель.*      тексттексттекст      тексттексттекст  
тексттексттекст

*Материалы и методы.* тексттексттекст тексттексттекст

*Результаты и обсуждение.* тексттексттекст тексттексттекст

*Заключение.* тексттексттекст

*Ключевые слова:* шизофрения, первый психотический эпизод, исполнительные функции, планирование, контроль, рабочая память, патопсихология, нейропсихология.

## **Введение**

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст.

## **Цель**

тексттексттекст      тексттексттекст      тексттексттекстМ  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст.

## **Материалы и методы**

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст.

## **Результаты и обсуждение**

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст.

## **Заключение**

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст  
тексттексттекст тексттексттекст.

## **Литература:**

Антохин, ЕЮ, Будза, ВГ, Крюкова, ЕМ, Паляева, РИ. (2017).  
Постприступная депрессия при первом эпизоде шизофрении:  
исследование перфекционизма. *Социальная и клиническая  
психиатрия*, 27(4): 38-46.

...

...

...

Grossman, T. (2013). The role of medial prefrontal cortex in early social  
cognition. *Front. Hum. Neurosci*, 7: 340.

Phillips, LH; et al. (2001). Mental planning and the Tower of London  
task. *Quarterly Journal of Experimental Psychology - Section A-  
Human Experimental Psychology*, 54 (2): 579–597.

# Executive functions impairments in patients with the first episode of schizophrenia

A.V. Rybakov <sup>1</sup>, E.Yu. Kartashev <sup>1</sup>, L.Yu. Pavelko <sup>2</sup>.

<sup>1</sup> St. Petersburg State University; Department of Psychiatry and Narcology; St. Petersburg, Russia; e-mail: [1917rybakov@gmail.com](mailto:1917rybakov@gmail.com)

<sup>2</sup> Psychiatric Clinical Hospital № 4; 2 psychiatric department; Moscow, Russia; e-mail: [sch777@gmail.com](mailto:sch777@gmail.com)

*Abstract.* Purpose. texttext texttexttexttext texttexttext

Materials and methods. texttext texttext text

Results and discussion. texttext texttext text

Conclusion. text text

*Keywords:* schizophrenia, first psychotic episode, executive functions, planning, control, working memory, abnormal psychology, neuropsychology.

## References

Antokhin, EY, Budza, VG, Kryukova, EM, Paleaeva, RI. (2017). Post-psychotic depression in the first schizophrenic episode: investigation of perfectionism. *Social and Clinical Psychiatry*, 27(4): 38-46.

...

...

Grossman, T. (2013). The role of medial prefrontal cortex in early social cognition. *Front. Hum. Neurosci*, 7: 340.

Phillips, LH; et al. (2001). Mental planning and the Tower of London task. *Quarterly Journal of Experimental Psychology - Section A-Human Experimental Psychology*, 54 (2): 579–597.