

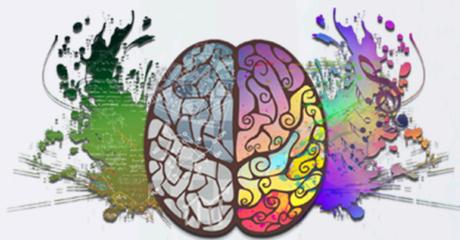
VOL. 3. 2019

№ 3. 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.*

*Секретарь – А.Ю. КОВТУНЕНКО, г. Оренбург,
neurodynamicsjournal@gmail.com.*

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. ЕПАНЧИЦЕВА, 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.

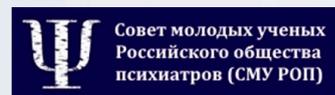
И.А. ФЕДОТОВ, кандидат медицинских наук, экс-председатель Совета молодых ученых Российского общества психиатров, г. Рязань.

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.



Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии

Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry

Периодическое рецензируемое научное издание, посвященное проблемам клинической психологии (патопсихологии, нейропсихологии, психологии здоровья, геронтопсихологии), психопатологии, психотерапии, аддиктологии, профилактике психических расстройств, психологии личности и другим смежным дисциплинам. Журнал концептуально привержен биопсихосоциальной модели психического здоровья и ориентирован, прежде всего, на публикации молодых ученых – специалистов в области клинической психологии и психиатрии. Выпускается при организационной и информационной поддержке Совета молодых ученых Российского общества психиатров. В журнале публикуются теоретические обзоры, оригинальные исследования, лекции, материалы научно-практических конференции и рецензии на монографии.

Периодичность выхода – 4 раза в год.
Language: Russian, English, French.
Язык: Русский, Английский, Французский.

ISSN 2658-7955

Адрес: <https://smu.psychiatr.ru/neurodynamics>

Полнотекстовые версии выпусков журнала публикуются на сайтах Российского общества психиатров и Совета молодых ученых РОП в открытом доступе.

Издание зарегистрировано в следующих базах данных и индексах цитирования:

Google
scholar

ESJI
www.ESJIndex.org

Eurasian
Scientific
Journal
Index



calameo

zenodo

INDEX
COPERNICUS

OpenAIRE

Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry

Peer-reviewed scientific periodical devoted to the problems of clinical psychology (abnormal psychology, neuropsychology), health psychology, gerontopsychology, psychopathology, psychotherapy, addictology, prevention of mental disorders, personality psychology and other related disciplines. The journal is conceptually committed to the biopsychosocial model of mental health. The journal issued with the organizational and informational support of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists. The journal publishes theoretical reviews, original research, lectures, conferences proceedings, and reviews of monographs.

The frequency of output - 4 times a year.
Language: Russian, English, French.

ISSN 2658-7955

URL: <https://smu.psychiatr.ru/neurodynamics>

Full-text versions of the journal issues are published on the webpages of the *Russian Society of Psychiatrists* and the *Council of Early Career Scientists* in **open access**.



Editor-in-Chief: **Alexander I. Erzin**, Ph.D. in Psychology,
alexerzini@gmail.com

Secretary: **Anastasia Kovtunenکو**, Clinical Psychologist,
neurodynamicsjournal@gmail.com

Designers: **S.Yu. Bogatova, L.P. Shatilova, K.A. Voronina.**
Translator: **Sophie Bogatova**

Editorial board

V.G. BUDZA, Chairman of the Editorial Board, M.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Orenburg State Medical University, Chairman of the Orenburg Regional Department of the Russian Society of Psychiatrists, Orenburg, Russian Federation.

E.Yu. ANTOKHIN, Deputy Chairman of the Editorial Board, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation.

N.N. PETROVA, M.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, Chairman of the Commission of the Russian Society of Psychiatrists for Work with Young Scientists and Specialists, St. Petersburg, Russian Federation.

G.A. EPANCHINTSEVA, Doctor of Psychology, Associate Professor, Professor of the Department of General Psychology and Personality Psychology of Orenburg State University, Orenburg, Russian Federation.

A.V. Vasilieva, M.D., Chief researcher of the Department of Neurosis and Psychotherapy of the National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology. V.M. Bekhtereva, Associate Professor, Department of Psychotherapy and Sexology, Northwestern State Medical University, Chairman of the Russian Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry, St. Petersburg, Russian Federation.

S.M. BABIN, M.D., Professor, Head of the Department of Psychotherapy and Sexology of the North-West State Medical University, President of the Russian Psychotherapeutic Association, member of the Executive Committee of the Russian Society of Psychiatrists, St. Petersburg.

I.A. FEDOTOV, Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Psychiatry, Ryazan State Medical University, Chairman of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists, Ryazan, Russian Federation.

A.V. PAVLICHENKO, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy of Moscow State Medical and Dental University, member of the European Psychiatric Association (EPA), delegate from Russia in the "Psychiatry" section of the European Medical Association, former chairman of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists, Moscow, Russian Federation.

E.M. CHUMAKOV, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, Head of the section on support of Internet resources of the Council of Early Career Scientists of the Russian Society of Psychiatrists, St. Petersburg, Russian Federation.

V.F. DRUZ, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation.

A.M. Schlafer, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy of the Orenburg State Medical University, Orenburg, Russian Federation.

S. ZOLOTAREFF, Director at EHEPM PAUL DIEL, University of HEC, Ph.D., Paris, France.

Содержание

	Стр.
Геронтопсихология и геронтопсихиатрия	
<i>А.И. Ерзин, А.Ю. Ковтуненко</i> Нейрокогнитивные функции при благополучном старении. Часть 3: система зеркальных нейронов	1-19
<i>А.И. Мелёхин</i> Понимание обмана в пожилом возрасте: специфика и предикторы	20-41
Наркология и психология зависимостей	
<i>Г.И. Дереча, Р.Ф. Антикеева, А.Н. Бикетов, В.Н. Телятников</i> Клинико-психологические и клинико-психотерапевтические особенности больных алкоголизмом	42-50
Психология развития	
<i>Д.А. Самойлова</i> Эмоциональный интеллект и его развитие у подростков	51-58
Краткие сообщения	
<i>Е.Б. Чалая, В.Г. Будза, В.А. Чалый, И.В. Чалая</i> Пограничные нервно-психические нарушения в позднем возрасте	59-62
<i>В.Ф. Друзь, И.Н. Олейникова, Е.Б. Чалая, О.А. Демьянова</i> Гендерные и клинические особенности диспансерного контингента одиноко проживающих психически больных позднего возраста	63-66
<i>Англоязычные ссылки на статьи, опубликованные ранее в журнале</i>	67-68
<i>Процесс подачи, рецензирования и принятия статей</i>	69-71
<i>Требования к оформлению статей</i>	72-77

Table of contents

	pp.
Gerontopsychology and gerontopsychiatry	
<i>A.I. Erzin, A.Yu. Koutunen</i> Neurocognitive functions in successful aging. Part 3: a system of mirror neurons	1-19
<i>A. I. Melehin</i> Understanding deception in old age: specifics and predictors	20-41
Addictology	
<i>G.I. Deretcha, R. F. Aptikaeva, A. N. Beketov, V. N. Telyatnikov</i> Clinical-psychological and clinical-psychological peculiarities of patients with alcoholism	42-50
Developmental psychology	
<i>D.A. Samoilova</i> Emotional intelligence and its development in adolescents	51-58
Short reports	
<i>E.B. Chalaya, V.G. Budza, V.A. Chaly, I.V. Chalaya</i> Borderline neuropsychiatric disorders of late age	59-62
<i>V.F. Druz, I.N. Oleinikova, E.B. Chalaya, O.A. Demyanova</i> Gender and clinical features of the dispensary living-alone geriatric psychiatric patients' contingent	63-66
<i>Links to articles previously published in the journal</i>	67-68
<i>The process of submitting, reviewing and accepting articles</i>	69-71
<i>Article Submission Requirements</i>	72-77



Нейрокогнитивные функции при благополучном старении. Часть 3: система зеркальных нейронов

А.И. Ерзин, А.Ю. Ковтуненко

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

e-mail: alexerzini@gmail.com

Аннотация. В третьей части статьи представлен обширный обзор современной литературы, посвященной нейрофизиологическим и нейропсихологическим исследованиям системы зеркальных нейронов. Уточняется, что со времени открытия Риццолатти в 80-90-х гг. XX века первых зеркальных клеток в премоторной коре, исследователи обнаружили различные по функциональной специализации подсистемы зеркальных нейронов в других корковых и подкорковых структурах мозга: соматосенсорной, слуховой коре, лимбической системе. Целью нашего исследования было установить характер влияния уровня развития систем зеркальных нейронов у пожилых людей на воспринимаемое благополучное старение. В исследовании приняло участие 26 человек (сред. возр. $70,56 \pm 9,9$), из них 9 мужчин и 17 женщин. Контрольная группа включала в себя 18 молодых людей (21-22 года). Для оценки субъективного благополучия использовалась «Методика диагностики благополучного старения». Система зеркальных нейронов изучалась с помощью разработанных нами 24 видео-, аудио-роликов и изображений, которые, предположительно, стимулируют у респондентов активность различных по функциям сетей зеркальных клеток: моторную, тактильную, эмоциональную и акустическую невербальную сети. Исследование показало, что наиболее положительное влияние на благополучное старение оказывают точность идентификации эмоциональных и акустических стимулов. Негативное влияние оказывает субъективная оценка эмоциональных стимулов. Избыточная аффектация служит негативным предиктором благополучного старения, в то время как придание значения тактильным и акустическим стимулам позитивно на нем сказывается.

Ключевые слова: благополучное старение, геронтология, геронтопсихология, нейропсихология, зеркальные нейроны.

Публикация подготовлена в рамках научно-исследовательского проекта, поддержанного грантом президента Российской Федерации (№МК-5837.2018.6, соглашение № 075-15-2019-105)



Введение

На сегодняшний день авторитетной является точка зрения, согласно которой процессы социального познания и эмоциональный интеллект регулируются *системой зеркальных нейронов*. Зеркальные нейроны представляют собой группу нервных клеток, которые модулируют свою активность как при индивидуальном выполнении конкретного моторного акта, так и при наблюдении того же или подобного действия, выполняемого другим человеком (Kilner, Lemon, 2013). Первоначально их обнаружили в вентральной премоторной области (F5) у макак (di Pellegrino et al., 1992), и позднее термин «зеркальные нейроны» появился в последующей публикации авторов открытия (Gallese et al., 1996). С тех пор большой интерес к зеркальным нейронам вылился во множество размышлений об их возможной функциональной роли, в том числе особое внимание в настоящее время уделяется предполагаемой роли зеркальных клеток в социальном познании.

Kilner и Lemon (2013) подчеркивают, что открытие зеркальных нейронов привело к новому взгляду на то, как мы генерируем наши собственные действия и как мы контролируем и интерпретируем действия других. Это открытие показывает, что с функциональной точки зрения выполнение и наблюдение за действиями являются тесно связанными процессами, и действительно, наша способность интерпретировать действия других требует участия нашей собственной двигательной системы (Kilner, Lemon, 2013).

Как утверждают авторы метаанализа, на сегодняшний день было опубликовано более 800 работ по зеркальным нейронам. Подчеркнем, что ключевой характеристикой зеркальных нейронов является то, что их активность модулируется как выполнением действия, так и наблюдением за действиями других. Это отличает зеркальные нейроны от других «моторных» или «сенсорных» нейронов, активность которых связана либо только с исполнением, либо только с наблюдением, но не с обоими процессами одновременно. Kilner и Lemon (2013) проанализировали 25 работ, в которых сообщалось о регистрации зеркальных нейронов с 1992 по 2013 годы. В большей части исследований демонстрируется роль вентральной премоторной области в функционировании зеркальных клеток (Caggiano et al., 2012, 2013). Кроме того, в ряде работ уделяется внимание нижней теменной доле (Yamazaki et al., 2010; Fogassi et al., 2005; Bonini et al., 2010). Не исключено наличие зеркальных нейронов и в первичной моторной коре (Tkach et al., 2007; Dushanova, Donoghue, 2010; Vigneswaran et al., 2013). Ishida с соавт. (2010) выявили активность зеркальных клеток в теменнозатылочных областях мозга обезьян. Shepherd с соавт. (2009) также указывают на теменные отделы и связывают их с зеркальными нейронами. Yoshida с соавт. (2011) сообщили об обнаружении зеркальных клеток в медиальной лобной коре.

Имеются данные о том, что активность системы зеркальных нейронов может быть определена с



помощью ЭЭГ путем измерения изменений биоэлектрических потенциалов, связанных с событиями, в μ (8-13 Гц) и β (15-25 Гц) кортикальных сенсомоторных колебаниях (Pineda, 2005). Предполагается, что оба вышеуказанных изменения генерируются, прежде всего, в премоторной коре (Babiloni et al., 2015; Meirovitch et al., 2015); известной области зеркальной системы. Доказано, что премоторная кора является одной из нескольких областей, которые достоверно активизируются во время выполнения действий и наблюдения за ними (Molenberghs et al., 2012). Кроме того, при выполнении и наблюдении целенаправленных действий происходит ~ 10 Гц и ~ 20 Гц событийно-обусловленная десинхронизация, подтверждающая гипотезу о том, что эти ЭЭГ-волны представляют собой активность зеркально-нейронной системы (Fox et al., 2016; Järveläinen et al., 2004). μ -активность можно разделить на функционально-специфичные подтипы. Так, при выполнении различных типов движений низкочастотная μ -активность (8-10 Гц) показывает неспецифическую картину активности типа движения, которая свидетельствует о соматотопически неспецифической активации и связана с общими процессами внимания (Pfurtscheller et al., 2000). С другой стороны, более высокая частота μ -ритма (11-13 Гц) показывает сфокусированный характер типа движения, предполагающий активацию соматотопически специфических корковых сетей (Pfurtscheller et al., 2000) во время целенаправленных движений (Fumuro et al., 2015). До сих пор исследователи ориентировались только на выполнение дей-

ствий, однако на основе принципов зеркальной системы было предсказано, что эти результаты следует искать в задачах наблюдения. Более того, хотя β -активность, как полагают, играет аналогичную функциональную роль с μ -активностью, некоторые исследователи предположили, что β -активность связана с планированием и подготовкой движения, тогда как основная функция μ -активности – распределение внимания на биологические стимулы движения (Brinkman et al., 2014).

Однако система зеркальных нейронов участвует не только в восприятии и предвосхищении двигательных актов, но также и в эмоциональном познании и сопереживании. Исследования показывают, что передняя островковая зона и передняя цингулярная кора способны активироваться при наблюдении боли других (Lamm, Majdandžić, 2015). Этот вывод был подтвержден многочисленными последующими исследованиями (Fan et al., 2011). Примечательно, что вышеуказанные области мозга являются частью так называемой болевой «нейроматрицы», сети зон мозга, которая активируется, когда человек подвергается болезненной стимуляции (Derbyshire, 2000). Сходство между нейронной активностью во время непосредственных переживаний эмоций и специфическими аспектами эмпатии наблюдалось в исследованиях с использованием таких методов, как электроэнцефалография, транскраниальная магнитная стимуляция и пр. (Avenanti et al., 2005; Bufalari et al., 2007; Hutchison et al., 1999; Perry et al., 2010). Сходство между нейронной активацией при переживаниях, связанных с само-



чувствием и эмоциями других, способствовало формированию взгляда, согласно которому набор ментальных представлений, которые обычно лежат в основе непосредственных переживаний эмоций, является центральным механизмом, обеспечивающим эмпатию и т.н. «эмоциональный резонанс» (Lamm, Majdandžić, 2015). Другими словами, высказано предположение, что мы можем понимать и делиться эмоциями с другими, обрабатывая их с помощью собственной системы эмоций. Важно отметить, что взгляд на эмпатию как симулятивный процесс не возник изолированно. Напротив, на него влияло обнаружение зеркальных нейронов в моторной области, и утверждалось, что эти нейроны лежат в основе мозговых механизмов понимания действий других (Ferrari и Rizzolatti, 2014). Аналогично с этим в социальном познании симуляция и самопрогнозирование неоднократно интерпретировались как основной механизм ментализации, т.е. с учетом убеждений, намерений или мыслей других людей (Goldman and Sebanz, 2005; Mitchell, 2009).

До сих пор остается открытым вопрос о преимущественной детерминации активности зеркальных нейронов в процессе социального познания: действие этой системы генетически «запрограммировано» и проявляется на самых ранних этапах онтогенеза, или все же ведущую роль в развитии этой системы играет научение и опыт? Christian Keysers и Valeria Gazzola (2014) пишут, что можно было бы утверждать, что мы в действительности родились с зеркальными «мимическими» нейронами, основываясь на том

факте, что новорожденные дети довольно точно способны имитировать определенное выражение лица окружающих при наблюдении за ними, за долго до того, как научение сформирует эту способность (Meltzoff, Moore, 1977). Степень, в которой новорожденные могут подражать выражению лица, является предметом обсуждения. Существует убедительное доказательство того, что, по крайней мере, высывание языка имитируется новорожденными (Nagy et al., 2013), но нет никаких доказательств того, что любые другие выражения лица могут быть точно имитированы (Cook et al., 2014). Ряд авторов (Keysers, 2014; Cook et al., 2014) полагает, что непрямая реафферентация может обеспечивать продолжительные сигналы, необходимые для подготовки соответствующих соединений между нейронами верхней теменной доли, активной при наблюдении за мимическими реакциями, и моторными программами, необходимыми для подражания (за что отвечает премоторная область). Родители подражают выражениям своих детей, а младенцы, в свою очередь, испытывают многочисленные акты подражания в личных контактах со своими родителями (Jones, 2009). Таким образом, ребенок часто переживает непрямую реаффертацию, воспринимая выражение лиц и в дальнейшем имитируя его, что лежит в основе явления, названного «обучение Хэбба» (Hebbian learning). Keysers и Gazzola (2014) предполагают, что наследственность может способствовать развитию зеркальных нейронов, реагирующих на выражение лица, но не формирует прочные связи между верхней те-



менной долькой и премоторной корой. Как пишут авторы, роль генетического фактора состоит лишь в создании тенденции смотреть на

лицо своих родителей. В этой связи, развитие зеркальных «мимических» нейронов зависит от обучения в течение всей жизни.

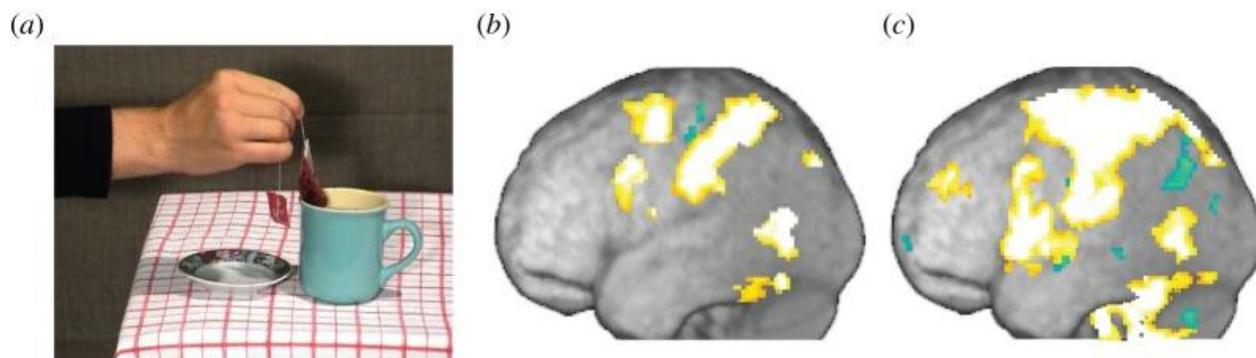


Рис. 1. Когда мы наблюдаем за действиями другого человека (а), в нашем мозге активируются области (б) подобно тому, как проявляют активность зоны коры при самостоятельном выполнении тех же действий (с) (цит. по Keysers и Gazzola (2014)). Более того, с помощью этих же областей (б) мы способны предвосхищать результат наблюдаемых действий.

Keysers и Gazzola (2014) утверждают, что активность в премоторной области, контролирующей действие, когда мы обследуем объекты окружающей реальности, будет предшествовать активности не только в нейронах верхней теменной дольки при наблюдении за действием, но также и в отношении нейронов в области ВА2 (верхняя часть постцентральной извилины), которые кодируют ощущения, возникающие во время прикосновения.

В отношении эмпатии принцип Хэбба оказывается также актуален. Keysers и Gazzola (2014) пишут: «Когда мы чувствуем боль, поскольку наша старшая сестра случайно ударила нас своей игрушкой, мы видим, что игрушка наносит нам вред, нам больно и мы делаем соответствующее выражение лица, плачем, а наши родители будут отражать это выражение лица. Восприятие удара

предшествует нашей боли, которая предшествует выражению лица и крикам, которые, в свою очередь, предшествуют мимике лица наших родителей. В дальнейшем мы потом увидим или услышим, что кто-то вздрогнул от боли, звук и вид этого человека вызовут наши совпадающие программы для лицевых движений, которые активируют наши внутренние чувства. Если мы увидим, что кто-то получает удар, у нас активируются области коры, ответственные за кожную чувствительность и эмоции. Вся эта активность является, по всей видимости, результатом синаптической пластичности, формирующейся в процессе нашего собственного опыта. Этот механизм будет связывать наблюдаемые события с тем, что мы чувствовали и совершали в подобных ситуациях ранее. Применяя их к другим, мы будем проецировать наши состо-



яния в целях предсказания» и предотвращения нежелательных со-

бытий, которые могут нам навредить.

Материалы и методы

Было обследовано 26 человек в возрасте 60-94 лет (сред. возр. $70,56 \pm 9,9$), из них 9 мужчин и 17 женщин. Из выборки исключались лица с выраженными когнитивными нарушениями, включая синдром деменции. Контрольную группу составили лица юношеского возраста (21-22 года) в количестве 18 человек, из них 5 мужчин и 13 женщин.

Для оценки субъективного благополучия использовалась «Методика диагностики благополучного старения» (Герасенко, Ерзин, 2015; Ерзин, Ковтуненко, 2019).

Предложенные нами нейропсихологические задачи, направленные на оценку функционирования системы зеркальных нейронов, представили собой 4 блока, каждый из которых был направлен на изучение определенной зеркальной системы – моторной, тактильной, акустической и эмоциональной. Основываясь на данных современной литературы, включая нейровизуализационные исследования, мы постулировали, что демонстрация движений и действий, тактильной, акустической и эмоциональной стимуляции, представленная в экспериментальных заданиях, будет активировать те же области коры и подкорковые образования, которые задействованы у субъектов, запечатленных на видео- и аудио-записях. Каждый блок заданий состоит из 6 нейропсихологических задач. Блок, направленный на оценку функционирования моторных зеркальных нейронов включал в себя 6 коротко-

метражных видеороликов (около 30 секунд), в которых имитировались определенные действия без предмета – управление автомобилем, письмо, игра на фортепиано, открывание двери и др. Респонденту задавался один и тот же вопрос: «Что, по вашему мнению, делает этот человек?».



Рис. 2. Пример экспериментального задания 5 на изучение моторной системы зеркальных нейронов

Блок для изучения тактильного зеркалирования, так же содержал 6 короткометражных видео, демонстрирующих ощущения разной направленности – боль, холод, тепло и проч. В этом случае исследуемым аналогичным с предыдущим образом были заданы вопросы: «Как Вы думаете, какие ощущения испытывает человек на видео?».



Рис. 3. Пример экспериментального задания 2 на изучение тактильной системы зеркальных нейронов



С целью изучения акустического зеркалирования были записан ряд аудиозаписей, в которых человек произносил фразы разного содержания с определенной интонацией, благодаря которой можно было распознать его чувства, их и было нужно озвучить участникам исследования.



Рис. 4. Пример экспериментального задания 6 на изучение акустической системы зеркальных нейронов

Последний блок, оценивающий систему эмоционального зеркалирования представлял собой 6 карточек с фотографией женщины, с помощью мимики отображающей эмоции разного характера – радость, печаль, отвращение и др. Респондентам предлагалось, посмотрев на карточку, ответить на вопрос: «Ка-

кие эмоции изображены на картинке?».

В тактильном, акустическом и эмоциональном блоках помимо ответов на вопросы требовалось оценить выраженность ощущений, чувств и эмоций по шкале от 0 до 10 баллов, где 0 – «совсем не выражено», 10 – «выражено очень сильно». На каждый вопрос всех блоков требовался один вариант ответа, который регистрировался в протоколе. Однако если респонденты давали несколько вариантов, они аналогичным образом фиксировались в протоколе. Затем каждый ответ исследуемого оценивался с точки зрения двух параметров – «Точность идентификации» и «Субъективная оценка».

Статистический анализ полученных результатов включал в себя методы описательной статистики, структурное моделирование. Расчёты производились в программах IBM SPSS Statistics 22 и Amos 22.

Результаты и обсуждение

Первичные результаты, полученные по выборке респондентов в ходе проведения нейропсихологических задач, направленных на изучение функционирования зеркальных нейронов – моторных, тактильных, акустических и эмоциональных, отображены в табл. 1. Как видно, в ходе работы оценивались – точность оценки параметра и субъективная оценка. Полученные результаты по распределению средних значений

по выборке в ходе дальнейшей работы сравнивались со средними показателями, полученными при проведении аналогичных проб на выборке, участниками которой стали условно-здоровые молодые люди (табл. 2). Результаты проведенного сравнения показали, что по обоим параметрам люди пожилого возраста несколько уступают в своих показателях контрольной группе.



Таблица 1. Описательная статистика результатов, полученных в ходе экспериментальных заданий в основной выборке

	Min	Max	M	SD
МЗН Точность идентификации	5,00	17,00	13,69	3,27
ТЗН Точность идентификации	9,00	17,00	14,30	2,26
ТЗН Субъективная оценка	,00	60,00	39,50	15,84
АЗН Точность идентификации	,00	18,00	13,23	3,99
АЗН Субъективная оценка	,00	60,00	41,81	16,93
ЭЗН Точность идентификации	6,00	16,00	10,83	2,53
ЭЗН Субъективная оценка	,00	60,00	36,26	14,14

Примечание: МЗН – моторные зеркальные нейроны; ТЗН – тактильные зеркальные нейроны; АЗН – акустические зеркальные нейроны; ЭЗН – эмоциональные зеркальные нейроны

Таблица 2. Описательная статистика результатов, полученных в ходе экспериментальных заданий в контрольной группе

	Min	Max	M	SD
МЗН Точность идентификации	13,00	18,00	14,67	1,46
ТЗН Точность идентификации	13,00	18,00	15,56	1,38
ТЗН Субъективная оценка	33,00	52,00	43,94	5,43
АЗН Точность идентификации	10,00	18,00	14,78	2,34
АЗН Субъективная оценка	34,00	51,00	43,89	4,21
ЭЗН Точность идентификации	8,00	14,00	11,17	2,01
ЭЗН Субъективная оценка	33,00	56,00	41,94	5,73

Примечание: МЗН – моторные зеркальные нейроны; ТЗН – тактильные зеркальные нейроны; АЗН – акустические зеркальные нейроны; ЭЗН – эмоциональные зеркальные нейроны

Далее методом структурного моделирования было изучено влияние параметров «Точность идентификации» и «Субъективная оценка» на индекс благополучного старения и его структурных компонентов.

Схемы, отражающие влияние параметра «Субъективная оценка», представлены на рис. 5-12. Влияние параметра «Точность идентификации» отражено на схемах, изображенных на рис. 13-20.

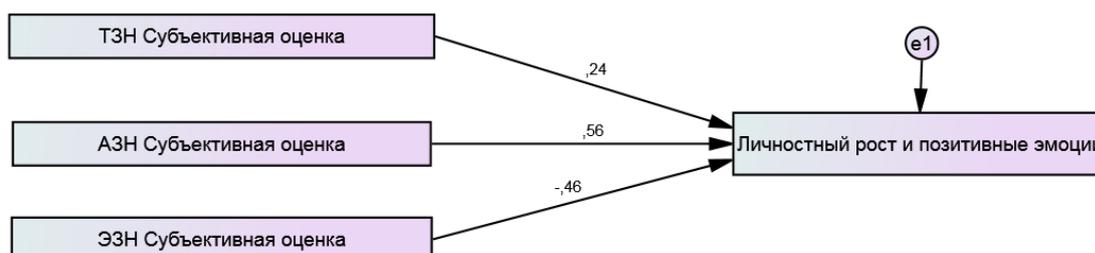


Рис. 5. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Личностный рост и позитивные эмоции»

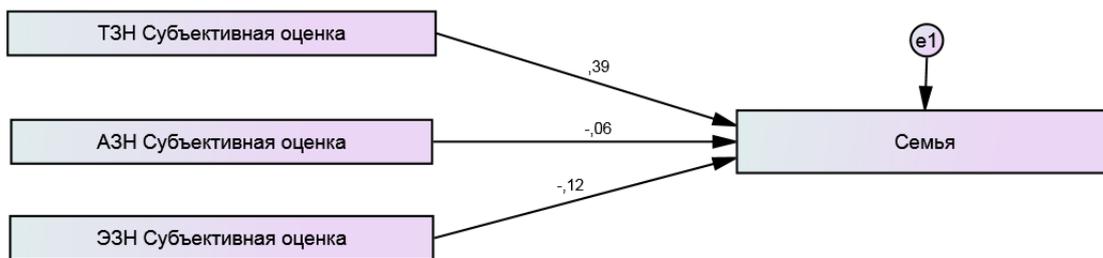


Рис. 6. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Семья»

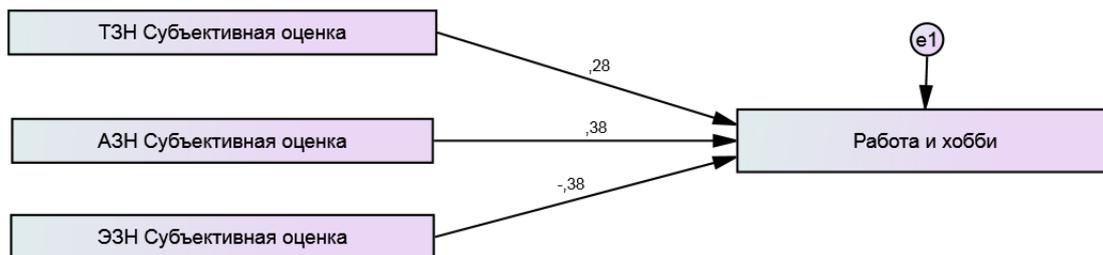


Рис. 7. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Работа и хобби»

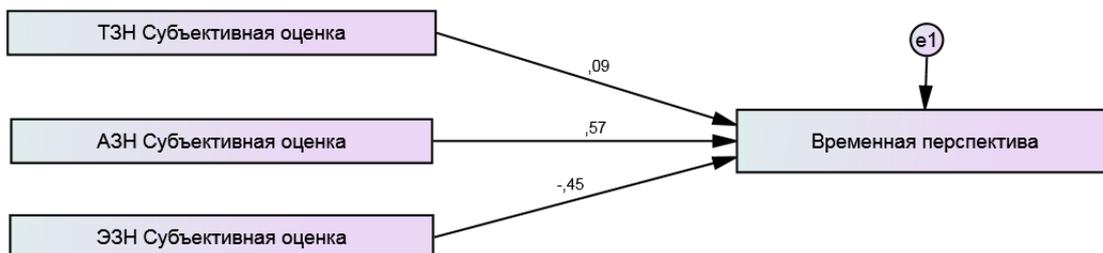


Рис.8. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Временная перспектива»

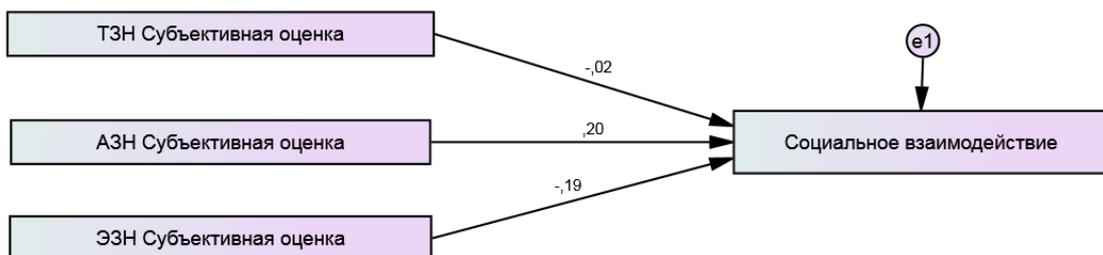


Рис. 9. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Социальное взаимодействие»

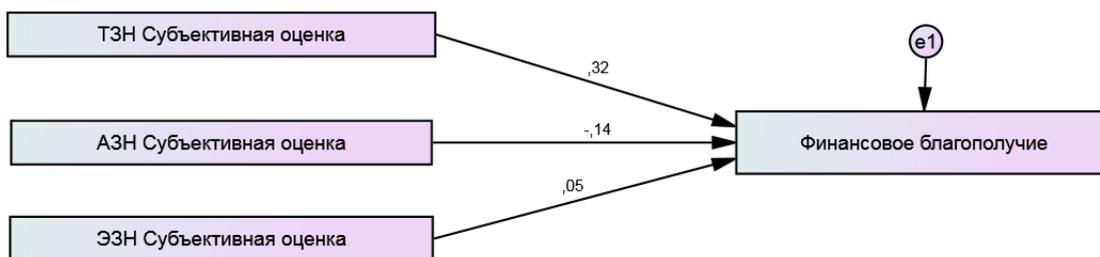


Рис. 10. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Финансовое благополучие»

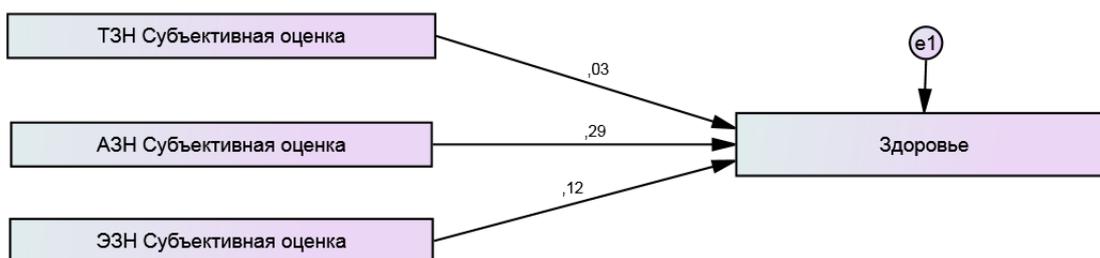


Рис. 11. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Здоровье»

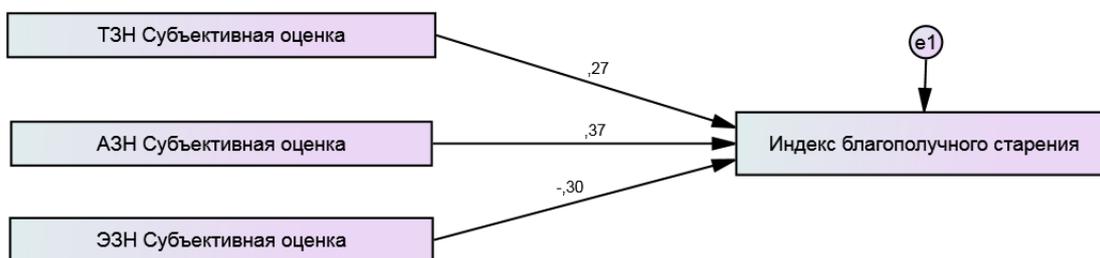


Рис. 12. Влияние параметра субъективной оценки стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на интегральный показатель благополучного старения

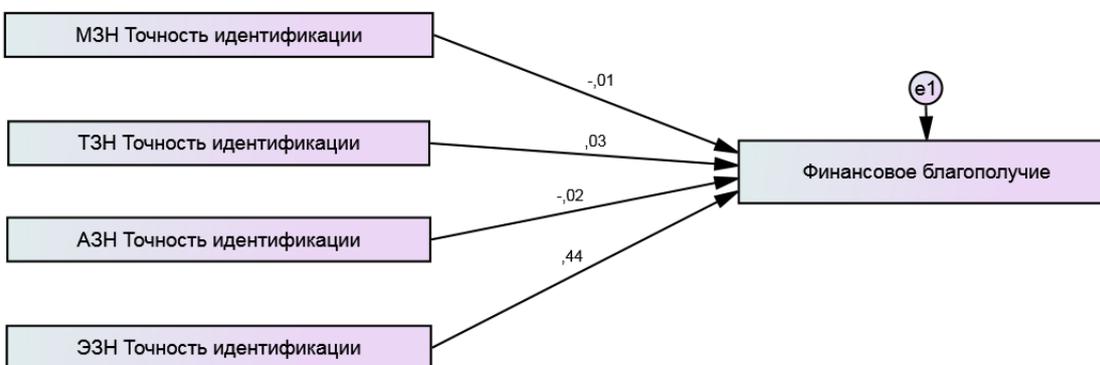


Рис. 13. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Финансовое благополучие»

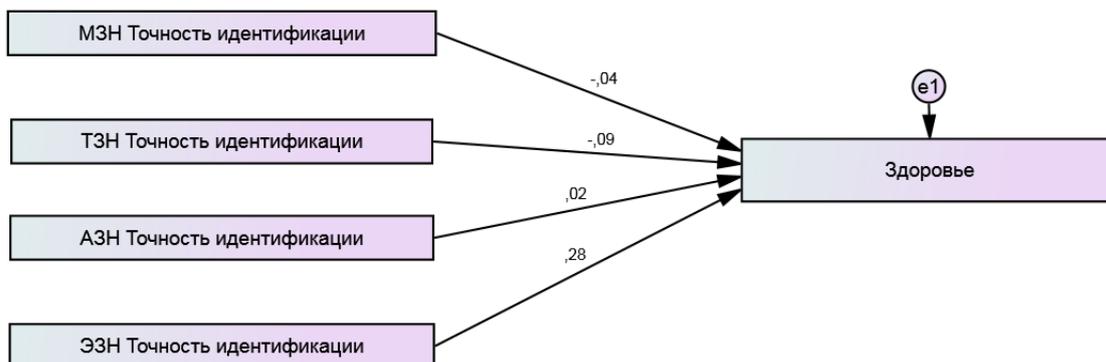


Рис. 14. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Здоровье»

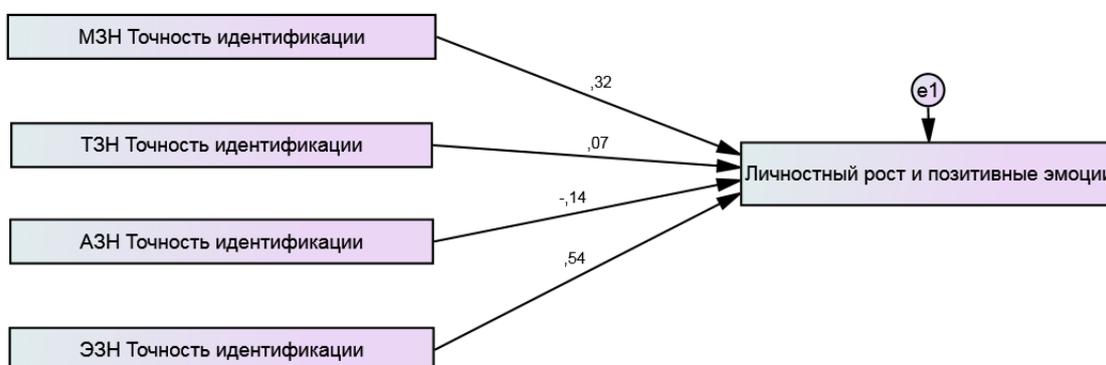


Рис. 15. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Личностный рост и позитивные эмоции»

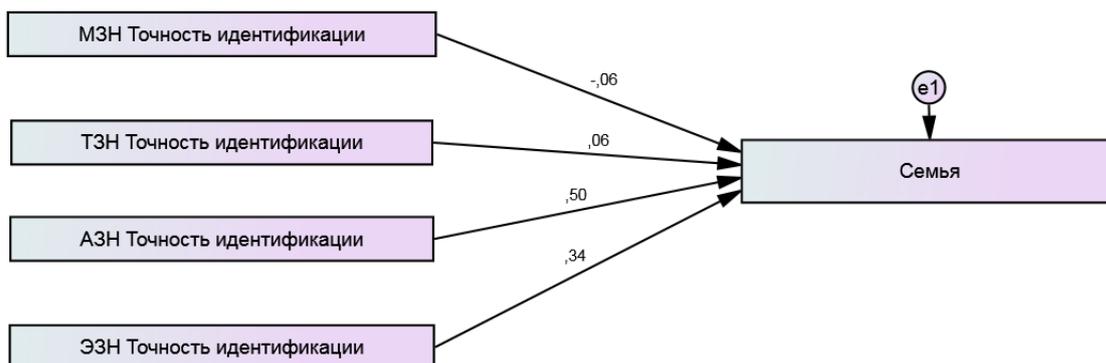


Рис. 16. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Семья»

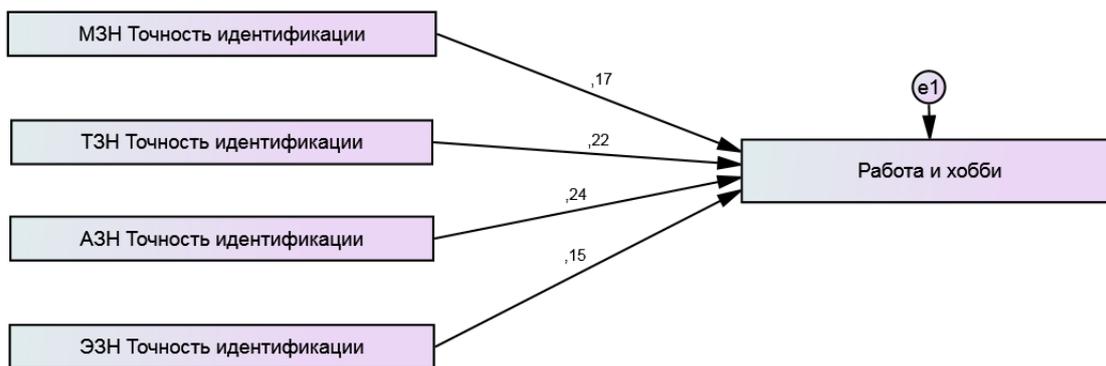


Рис. 17. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Работа и хобби»

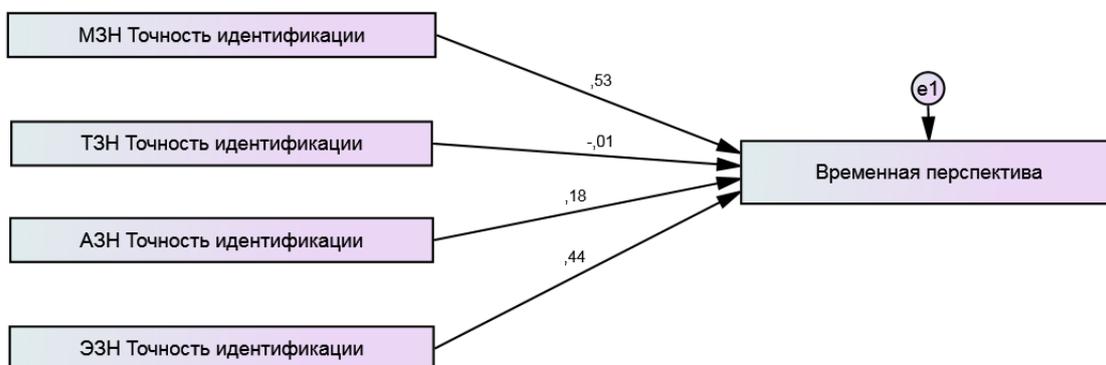


Рис. 18. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Временная перспектива»

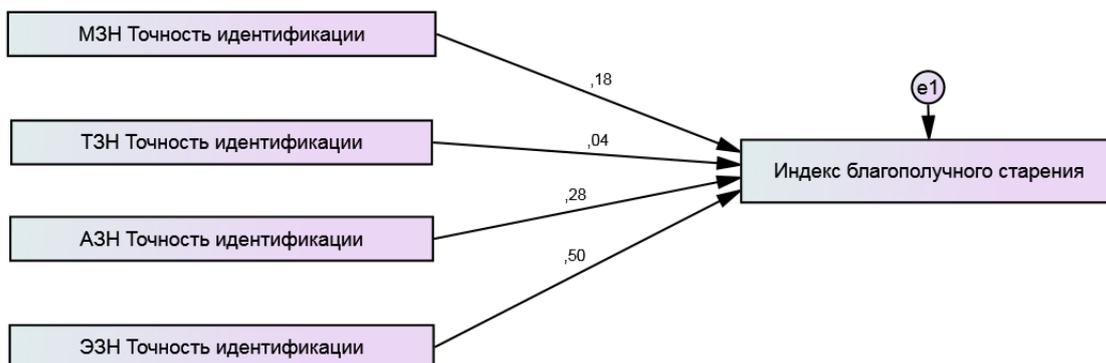


Рис. 19. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на интегративный показатель благополучного старения

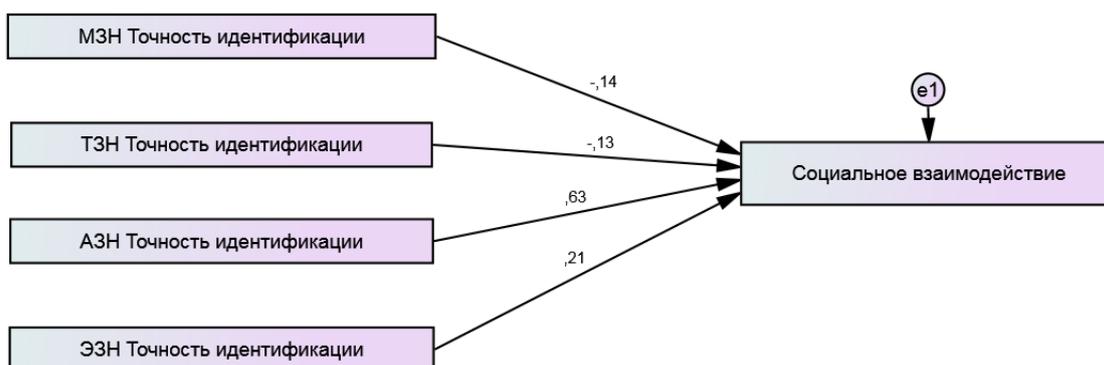


Рис. 20. Влияние параметра точности идентификации стимулов, отражаемых системой зеркальных нейронов, на компонент благополучного старения «Социальное взаимодействие»

Как видно на представленных выше схемах, наиболее значимое положительное влияние на благополучное старение оказывают точность идентификации эмоциональных и акустических стимулов и их субъективная оценка. Негативное влияние оказывает субъективная оценка эмоциональных стимулов.

При этом, на шкалу благополучного старения «Здоровье» наибольшее влияние оказывают «Субъективная оценка акустических и эмоциональных стимулов» и «Точность идентификации эмоциональных стимулов»; на шкалу «Финансовое благополучие» – «Точность идентификации эмоциональных стимулов» и «Субъективная оценка тактильных стимулов» (прямое влияние); на шкалу «Личностный рост и позитивные эмоции»

значимое прямое влияние оказывают «Субъективная оценка акустических стимулов» и «Точность идентификации эмоциональных стимулов», обратное – «Субъективная оценка эмоциональных стимулов». На компонент «Семья» главным образом оказывает положительное влияние «Точность идентификации акустических и эмоциональных стимулов»; на компонент «Социальное взаимодействие» – «Точность идентификации акустических стимулов». «Точность идентификации моторных и эмоциональных стимулов» и «Субъективная оценка акустических стимулов» оказывают значимое прямое влияние на субшкалу индекса благополучного старения – «Временная перспектива», а параметр «Субъективная оценка эмоциональных стимулов» – обратное.

Заключение

В ходе исследования было установлено, что точность идентификации стимулов, отражаемых системой эмоциональных и акустических зеркальных нейронов, тесно

связана с эмоциональным взаимодействием, эмпатией, эмоциональным интеллектом. За них отвечают конвекситальные и медиальные отделы височных долей, составляю-



щие нейроморфологическую основу I и II блоков мозга и обеспечивающие процессы эмоционального реагирования и оценки эмоциональных реакций других людей. Будучи сравнительно хорошо развитыми у пожилых людей, акустическая и эмоциональная системы зеркалирования определяют высокий уровень благополучного старения, поскольку в нашем исследовании феномен благополучного старения основан, главным образом, на эмоциональной оценке степени удовлетворенности различными сферами жизни. В этой связи высокий уровень развития акустической и эмоциональной зеркальных систем нейронального субстрата психики представляется нам крайне значимым. Развитие этих систем является ключевым для эффективного социального взаимодействия, на что указывают данные, представленные на рис. 20, причем точность идентификации эмоционального состояния других людей посредством акустических зеркальных нейронов, располагающихся в слуховой коре, оказывает наибольшее влияние на удовлетворенность в сфере социального взаимодействия (0,63). Это объясняется, по всей видимости, немаловажной ролью невербальных компонентов межличностного взаимодействия для успешных взаимосвязей с социальным окружением (тон голоса, интонация и пр.).

Компонент благополучного старения «Временная перспектива», согласно полученным данным, зависит от точности идентификации информации с помощью моторных и эмоциональных зеркальных нейронов. Моторные нейроны расположены в зоне f5 (премоторные отделы

лобных долей). Функция этих отделов, помимо отражения движений других объектов, заключается в конструировании двигательных, вербальных, и мыслительных программ, необходимых для построения плана будущей деятельности, что приобретает большое значение во временной перспективе. С другой стороны, развитие системы эмоциональных зеркальных нейронов так же является немаловажным для компонента благополучного старения «Временная перспектива», поскольку этот компонент во многом основывается так же и на эмоциональной окраске прошлого, настоящего и будущего субъекта.

Компонент благополучного старения «Работа и хобби», как показало исследование, определяется точностью идентификации преимущественно акустическими (0,24) и тактильными (0,25) зеркальными нейронами. Поскольку большинство видов профессиональной деятельности сопряжено с тем или иным социальным взаимодействием, развитие акустических зеркальных нейронов так же представляется значимым и для сферы работы. При этом, тактильные зеркальные нейроны расположены в теменных отделах коры больших полушарий и служат важнейшим нейрональным базисом для различных форм праксиса (кинестическая настройка движений), что немаловажно в работе и занятиях хобби (профессиональной деятельности, ремесле, творческой активности).

Удовлетворенность в сфере семьи, как показало исследование, так же зависит от уровня развития акустической и эмоциональной систем зеркальных нейронов. Поскольку



функционирование человека в рамках семьи представляет собой одну из форм социального взаимодействия, эффективное осуществление которого невозможно без правильного понимания эмоциональных состояний других людей и невербального компонента межличностной коммуникации.

Эмоциональные зеркальные нейроны являются ведущими предикторами такого компонента благополучного старения, как «Личностный рост и позитивные эмоции» (0,54). Представляется очевидным, что способность испытывать положительные эмоциональные состояния во многом определяется эффективной работой лимбической системы, обеспечивающей нейрональный базис эмоционального реагирования и эмоционального зеркалирования. С другой стороны, личностный рост как компонент благополучного старения невозможен без прогнозирования, целеполагания и построения поведенческих программ, что обеспечивается работой премоторных отделов лобных долей, которые так же выполняют функцию моторного зеркалирования.

Обусловленность высоких показателей по шкале «Здоровье» развитием системы эмоциональных зеркальных нейронов (0,28) можно объяснить включением лимбической системы, ответственной за эмоциональное зеркалирование, в регуляцию деятельности внутренних

органов. Можно предположить, что люди с достаточно высоким уровнем развития эмоционального гнозиса так же достаточно хорошо могут описывать собственные эмоции (низкий уровень алекситимии), в результате чего значительно реже происходит соматизация негативных переживаний, выражающаяся в «поломке» работы внутренних органов.

Согласно структурным моделям, субъективная оценка информации, обрабатываемой эмоциональными зеркальными нейронами, негативно сказывается на таких компонентах благополучного старения, как «Социальное взаимодействие» (-0,19); «Временная перспектива» (-0,45); «Работа и хобби» (-0,38); «Семья» (-0,12); «Личностный рост и позитивные эмоции» (-0,46), равно как и на интегральный показатель (-0,30). Чрезмерное преувеличение или приуменьшение ощущений и эмоций других людей, как мы предполагаем, может искажать адекватное восприятие реальности и тем самым затруднять социальное взаимодействие и нарушать функционирование в различных сферах жизнедеятельности. Таким образом, избыточная аффектация служит негативным предиктором благополучного старения. При этом, придание значения тактильным (0,27) и акустическим (0,37) стимулам позитивно сказывается на благополучном старении.



Литература

- Герашенко, Н. А., Ерзин, А. И. (2015). Апробация методики «Индекс благополучного старения». / Материалы 5-й международной научно-практической конференции «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии», 48-56.
- Ерзин, А. И., Ковтуненко, А. Ю. (2019). Нейрокогнитивные функции при благополучном старении. Часть 2: исследование нейропсихологических факторов // *Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии.* 2, 1-11.
- Avenanti, A., Buetti, D., Galati, G., Aglioti, S.M. Transcranial magnetic stimulation highlights the sensorimotor side of empathy for pain. *Nat. Neurosci.*, 8 (2005), pp. 955-960
- Babiloni, C., Del Percio, C., Vecchio, F., Sebastiano, F., Di Gennaro, G., Quarato, P.P., Morace, R., Pavone, L., Soricelli, A., Noce, G., Esposito, V., Rossini, P.M., Gallese, V., Mirabella, Alpha, G., beta and gamma electrocorticographic rhythms in somatosensory, motor, premotor and prefrontal cortical areas differ in movement execution and observation in humans. *Clin. Neurophysiol.*, 127 (2015), pp. 1-14, 10.1016/j.clinph.2015.04.068
- Bonini, L., Rozzi, S., Serventi, F.U., Simone, L., Ferrari, P.F., Fogassi, L. Ventral premotor and inferior parietal cortices make distinct contribution to action organization and intention understanding. *Cereb. Cortex.* 2010; 20: 1372–1385.
- Brinkman, L., Stolk, A., Dijkerman, H.C., de Lange, F.P., Toni, I. Distinct roles for alpha- and beta-band oscillations during mental simulation of goal-directed actions. *J. Neurosci.*, 34 (2014), 10.1523/JNEUROSCI.2039-14.2014, pp. 14783-14792,
- Bufoalari, I., Aprile, T., Avenanti, A., Di Russo, F., Aglioti, S.M. Empathy for pain and touch in the human somatosensory cortex. *Cereb. Cortex*, 17 (2007), pp. 2553-2561
- Caggiano, V., Fogassi, L., Rizzolatti, G., Casile, A., Giese, M.A., Their, P. Mirror neurons encode the subjective value of an observed action. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2012; 109: 11848–11853.
- Caggiano, V., Pomper, J.K., Fleischer, F., Fogassi, L., Giese, M., Their, P. Mirror neurons in monkey area F5 do not adapt to the observation of repeated actions. *Nat. Commun.* 2013; 4: 1433.
- Cook, R., Bird, G., Catmur, C., Press, C., Heyes, C. In press. Mirror neurons: from origin to function. *Behav. Brain Sci.*
- Derbyshire, S.W.G. Exploring the pain “neuromatrix”. *Curr. Rev. Pain*, 4 (2000), pp. 467-477
- di Pellegrino, G., Fadiga, L., Fogassi, L., Gallese, V., Rizzolatti, G. Understanding motor events, a neurophysiological study. *Exp. Brain Res.* 1992;91:176–180.
- Dushanova, J., Donoghue, J. Neurons in primary motor cortex engaged during action observation. *Eur. J. Neurosci.* 2010; 31: 386–398.



- Fan et al. Is there a core neural network in empathy? An fMRI based quantitative meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 35 (2011), pp. 903-911
- Ferrari, P.F., Rizzolatti, G. Mirror neuron research: the past and the future. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B: Biol. Sci.*, 369 (2014), p. 20130169
- Fogassi, L., Ferrari, P.F., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F., Rizzolatti, G. Parietal lobe, from action organization to intention understanding. *Science*. 2005; 308: 662-667.
- Fox, N.A., Bakermans-Kranenburg, M., Yoo, K.H., Bowman, L., Cannon, E.N., Vanderwert, R.E., Ferrari, P.F., van Ijzendoorn, M. Assessing human mirror activity with EEG mu rhythm: a meta-analysis *Psychol. Bull.*, 142 (2016), pp. 291-313
- Fumuro, T., Matsushashi, M., T. Miyazaki, M. Inouchi, Hitomi, T., Matsumoto, R., Takahashi, R., Fukuyama, H., Ikeda, A. Alpha-band desynchronization in human parietal area during reach planning. *Clin. Neurophysiol.*, 126 (2015), pp. 756-762, 10.1016/j.clinph.2014.07.026
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., Rizzolatti, G. Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119 (1996), 593-609.
- Goldman, A.I., Sebanz, N. Simulation, mirroring, and a different argument from error. *Trends Cogn. Sci.*, 9 (2005), p. 320
- Hutchison, W.D., Davis, K.D., Lozano, A.M., Tasker, R.R., Dostrovsky, J.O. Pain-related neurons in the human cingulate cortex. *Nat. Neurosci.*, 2 (1999), pp. 403-405
- Ishida, H., Nakajima, K., Inase, M., Murata, A. Shared mapping of own and others' bodies in visuo-tactile bimodal area of monkey parietal cortex. *J. Cogn. Neurosci.* 2010; 22: 83-96.
- Järveläinen, S., Schürmann, M., Hari, R. Activation of the human primary motor cortex during observation of tool use *Neuroimage*, 23 (2004), pp. 187-192, 10.1016/j.neuroimage.2004.06.010
- Jones, S.S. 2009. The development of imitation in infancy. *Phil. Trans. R. Soc. B* 364, 2325-2335 (doi:10.1098/rstb.2009.0045)
- Keysers, C., Gazzola, V. Hebbian learning and predictive mirror neurons for actions, sensations and emotions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2014 Jun 5; 369(1644): 20130175. doi: 10.1098/rstb.2013.0175
- Kilner, J.M., Lemon, R.N. What we know currently about mirror neurons. *Curr Biol.* 2013 Dec 2;23(23):R1057-62. doi: 10.1016/j.cub.2013.10.051. Review.
- Lamm, C, Majdandžić, J. The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy--a critical comment. *Neurosci Res.* 2015 Jan; 90: 15-24. doi: 10.1016/j.neures.2014.10.008.
- Meirovitch, Y., Harris, H., Dayan, E., Arieli, A., Flash, T. Alpha and beta band event-related desynchronization reflects kinematic regularities *J. Neurosci.*, 35 (2015), pp. 1627-1637, 10.1523/JNEUROSCI.5371-13.2015
- Meltzoff, A.N., Moore, M.K. 1977. Imitation of facial and manual ges-



- tures by human neonates. *Science* 198, 75–78
- Mitchell, J.P. Inferences about mental states. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B: Biol. Sci.*, 364 (2009), pp. 1309-1316
- Molenberghs, P., Cunnington, R., Mattingley, J.B. Brain regions with mirror properties: a meta-analysis of 125 human fMRI studies *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 36 (2012), pp. 341-349, 10.1016/j.neubiorev.2011.07.004
- Nagy, E., Pilling, K., Orvos, H., Molnar, P. 2013. Imitation of tongue protrusion in human neonates: specificity of the response in a large sample. *Dev. Psychol.* 49, 1628–1638 (doi:10.1037/a0031127)
- Perry, A., Troje, N.F., Bentin, S. Exploring motor system contributions to the perception of social information: evidence from EEG activity in the mu/alpha frequency range *Soc. Neurosci.*, 5 (2010), pp. 272-284, 10.1080/17470910903395767
- Pfurtscheller, G., Neuper, C., Krausz, G. Functional dissociation of lower and upper frequency mu rhythms in relation to voluntary limb movement *Clin. Neurophysiol.*, 111 (2000), pp. 1873-1879, 10.1016/S1388-2457(00)00428-4
- Pineda, J.A. The functional significance of mu rhythms: translating “seeing” and “hearing” into “doing” *Brain Res. Rev.*, 50 (2005), pp. 57-68, 10.1016/j.brainresrev.2005.04.005
- Shepherd, S.V., Klein, J.T., Deaner, R.O., Platt, M.L. Mirroring of attention by neurons in macaque parietal cortex. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2009; 106: 9489–9494.
- Tkach, D., Reimer, J., Hatsopoulos, N.G. Congruent activity during action and action observation in motor cortex. *J. Neurosci.* 2007; 27: 13241–13250.
- Vigneswaran, G., Philipp, R., Lemon, R.N., Kraskov, A. M1 corticospinal mirror neurons and their role in movement suppression during action observation. *Curr. Biol.* 2013;23:236–243.
- Yamazaki, Y., Yokochi, H., Tanaka, M., Okanoya, A., Iriki, A. Potential role of monkey inferior parietal neurons coding action semantic equivalences as precursors of parts of speech. *Social Neurosci.* 2010; 5: 105–117.



Neurocognitive functions in successful aging. Part 3: a system of mirror neurons

A.I. Erzin, A.Yu. Kovtunenکو

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

Abstract. The third part of the article presents an extensive review of modern literature on neurophysiological and neuropsychological studies of the mirror neurons system (MNS). It's clarified that since the opening of the Rizzolatti the first mirror cells in the premotor cortex, researchers discovered functional subspecies of mirror neurons in other cortical and subcortical brain regions: somatosensory, auditory cortex, and limbic system. The aim of our study was to establish the influence of development of the MNS in the elderly on perceived successful aging. 26 people took part in the study (average age 70.56 ± 9.9), including 9 males and 17 females. The control group included 18 young people (21-22 years old). To assess subjective well-being, the "Successful aging inventory" was used. MNS was studied with the help of 24 video, audio clips, and images that supposedly stimulate the activity of mirror-cell networks: motor, kinesthetic, emotional, and acoustic nonverbal networks. The study showed that the identifying accuracy of emotional and acoustic stimuli has the most positive effect on successful aging. The subjective assessment of emotional stimuli has a negative effect. Excessive affectation serves as a negative predictor of successful aging, while emphasis on kinesthetic and acoustic stimuli has a positive effect on it.

Keywords: successful aging, gerontology, gerontopsychology, neuropsychology, mirror neurons.

Cite as:

A.I. Erzin, & A.Yu. Kovtunenکو. (2019). Neurocognitive functions in successful aging. Part 3: a system of mirror neurons. *Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry*, 1(3), 1–19. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3492276>



Понимание обмана в пожилом возрасте: специфика и предикторы

А.И. Мелёхин,

Многопрофильная клиника женского здоровья Лагуна-Мед, г. Москва, Россия,
email: clinmelehin@yandex.ru

Аннотация. В статье показано, что в старческом (76-90 лет) по сравнению с пожилым (55-60 и 61-74 лет) возрастом наблюдаются выраженные изменения в способности делать *прагматические интерпретации*, т.е. понимать и интерпретировать небуквальные высказывания в форме обмана. Показано, что в позднем возрасте не наблюдаются трудности в понимании социальной ситуации и способности делать выводы о ложных убеждениях только одного человека (репрезентации «первого порядка»). В пожилом (61-74 лет) и старческом (75-90 лет) возрастах присутствуют трудности при понимании, что думает один человек о намерениях, убеждениях другого человека (репрезентации «второго порядка»). Описан феномен эмоционально-эгоцентрического сдвига при понимании обмана в позднем возрасте. Выделены общие предикторы понимания обмана: социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст). Также возрастно-специфические предикторы: изменения в семейном, рабочем статусе, когнитивном функционировании и полиморбидность.

Ключевые слова: модель психического, понимание обмана, социальное познание, пожилой возраст, старческий возраст, обман

Введение

В последнее время по отношению к людям пожилого и старческого возраста увеличилось физическое, психологическое и финансовое жестокое обращение (Вдовина, 2018). Каждый третий человек позднего возраста за последние 12 месяцев становился жертвой обмана (Полищук, Летникова, 2018).

В большинстве случаев пожилые люди становятся жертвами обмана из-за ряда причин (Вдовина,

2018). Одна из них — это изменения в модели психического (theory of mind) как метакогнитивной способности, обеспечивающей понимание психических состояний: эмоций намерений, ложных убеждений, чувств, мыслей своих и других людей (Мелёхин, 2015;2017; Cotter, Granger,2018). Данная способность позволяет построить ментальную модель психического состояния, отношений и предсказывать возмож-



ное поведение. Данная способность лежит в основе и понимания небуквальных высказываний: юмора, сарказма, иронии обмана (Сергиенко, Лебедева, 2018; Radecki, Cox, 2019).

Понимание обмана и ложных мнений (false-belief competence) являются центральными компонентом модели психического (Мелёхин, 2017; Bernstein, Coolin, 2017). Развитие ложных мнений (способности понимать, что представления другого человека не согласуются с текущей реальностью, например, ключи от машины были на столе, а ребенок переложил их в ящик, но человек будет искать их на столе) предшествует пониманию обмана, который предполагает не только сравнение представлений о ситуации своих и

другого, но и создание желаемой версии событий или их причин (Колесникова, Сергиенко, 2010; Мелёхин, 2017; Сергиенко, Лебедева, 2018). Оценка состояния модели психического в пожилом и старческом возрасте долгое время недооценивалась и упоминалась только в DSM-IV при диагностике расстройств личности, Мелёхин, 2015). В DSM-V (рис.1). Одним из компонентов для определения степени выраженности нейрокогнитивных расстройств (лобно-височная деменция, болезнь Альцгеймера, Паркинсона и др.), также дифференциации их подтипов является оценка понимания обмана и иронии (Мелёхин, 2015).

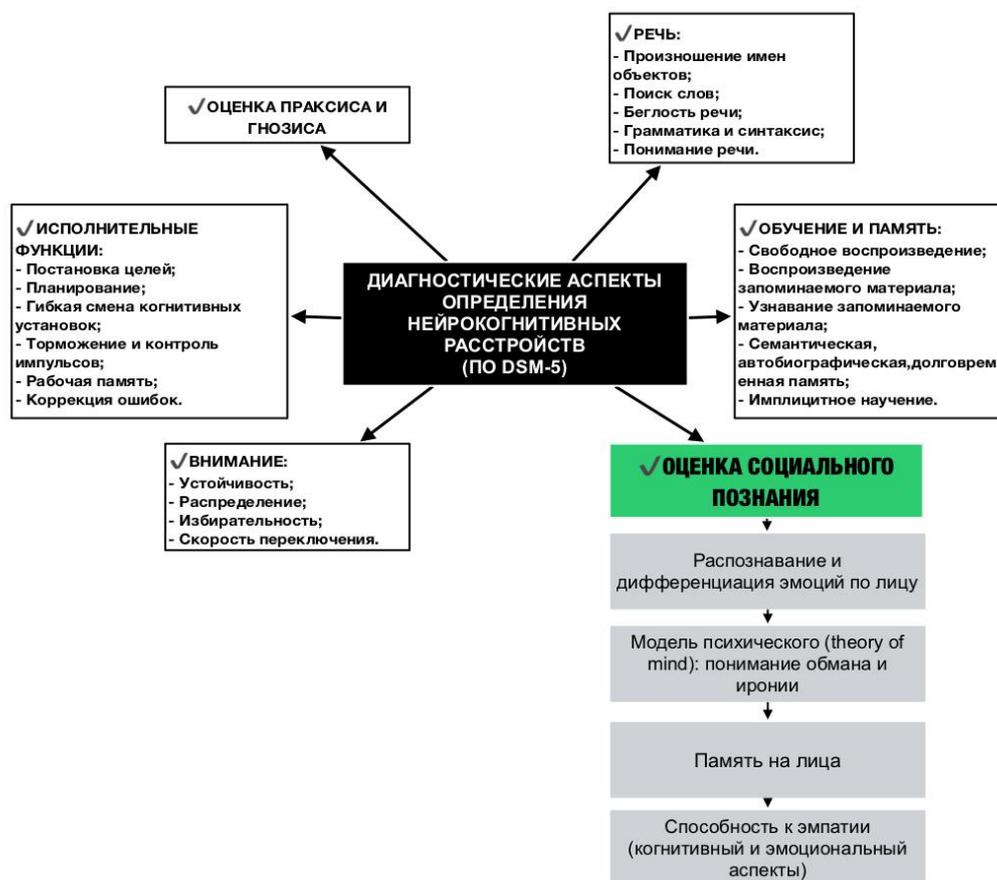


Рис. 1 Диагностические аспекты определения нейрокогнитивных расстройств (по DSM-V)



При обследовании пожилых людей с симптомами расстройств настроения (униполярная большая депрессия, биполярным расстройством) (Cusi A.M., et al, 2013; Schreiter, Pijnenborg, 2013; Wang, 2017; Washburn et al., 2016), расстройствами тревожного спектра (Hezel, McNally, 2014; Wang, 2017), соматоформными расстройства с болевым синдромом (Zunhammer, 2015), ПТСР (Мелёхин, 2015), рассеянного склероза (Chalah, Kauv, 2017) и даже хронической бессонницей (Erwi, 2016). рекомендуется наряду с соматической и нейропсихиатрической оценкой проводить исследование модели психического.

Понимание обмана на протяжении всей жизни претерпевает периоды «взлетов» и «падений», может следовать непрерывному, постепенному U-образному развитию, что показано как в отечественных (Колесникова, Сергиенко, 2010; Мелёхин, Сергиенко, 2015; Сергиенко, Лебедева, Уланова, 2018)

так и зарубежных (Bernstein, Coolin, 2017; Henry, Phillips, 2013) исследованиях. Динамичная природа понимания обмана поддерживается рядом исследований показывающими, что в отличие от молодых, при нормальном старении люди пожилого и старческого возраста, делают больше ошибок в понимании ложных убеждений (Bernstein, Thornton, 2011; Bernstein, Coolin, 2017; Henry, Phillips, 2013). Эти изменения получили название прагматический дефицит или «сбои» (pragmatic language deficits), которые сопровождаются сниженной чувствительностью к восприятию предупреждающих знаков о возможных негативных и рискованных действи-

ях со стороны других людей (Мелёхин, 2017). Это увеличивает риски пожилого человека стать жертвой социальной эксплуатации и мошенников, а также, совершить самому совершить преступление (Shany-Ur, Rankin, 2011), приводят к высокому семейному стрессу и эмпатическому дистрессу (Schreiter, Pijnenborg, 2013) трудностям устанавливать дружеские отношения (Лессе, Сессато, 2017) выстраивать терапевтический альянс пациент и врач (Dejko, 2015). Все эти возможные дефициты сопровождаются снижением удовлетворенности социальным качеством жизни и социальной изоляцией (Hasson-Ohayon, 2017).

В то время как прошлые исследования с детьми и подростками выявили значительный сдвиг в способности оценивать ложные убеждения и обман меньше известно о специфике и предикторах этой способности в пожилом и старческом возрасте (Bernstein, Coolin, 2017; Grainger, Henry, 2018; Wellman, 2018). Было показано, что в основе изменений в способности понимать обман в поздних возрастах лежит полиэтиологичность:

- **Когнитивные факторы:** дефицит исполнительных функций (executive deficits) со стороны рабочей памяти, контроля импульсов, скорости обработки информации (Champagne-Lavau, Joannette, 2009; German, Nehman, 2006; Hamilton, Radlak, 2017);
- **Психические факторы:** наличие чувства одиночества (Wang, Su, 2013), большого эпизода депрессии (Wang, 2017), тревожного спектра расстройств (Washburn, et al., 2016), шизофрения (Croca, Lagodka, 2018)



- **Неврологические факторы:** умеренный когнитивный дефицит (Moreau, Rauzy, 2015), лобно-височная деменция, болезнь Альцгеймера, Паркинсона (Cotter, Granger, 2018), повреждение мозга в правом полушарии после инсульта (Winner, et al., 1998), повышенный интерлейкин - 6 (Мелёхин, 2017).
- **Личностные факторы:** нейротизм, открытость, когнитивная гибкость, эмоциональная устойчивость (Radecki, Cox, 2019), социальная мотивация (Lecce, Ceccato, 2017), персонализированное (personalizing bias), негативное (negativity bias), эгоцентрическое (emotional

egocentricity bias) или позитивное (emotion-related positively bias) когнитивное смещение при обработке социо-эмоциональных стимулов (Riva, Triscoli, 2016).

Большинство исследователей по-прежнему сводят изменения в способности понимать обман в позднем возрасте к операциональному аспекту, т.е. состоянию когнитивных ресурсов, нейронных коррелятов (Bernstein, Coolin, 2017; Bottiroli, Cavallini, 2016; Duval, Piolino, 2011; Fliss, Lemerre, 2016; Maylor, et al., 2002; Slessor, et al., 2007), при этом недостаточно уделяется внимание ментальным механизмам (Lecce, Ceccato, 2017).

Программа исследования

Цель исследования: выявить возрастно-специфические особенности, предикторы понимания обмана в пожилом и старческом возрасте.

Участники исследования были разделены на следующие группы:

- *Пожилой возраст:* 55-60 лет – 120 (17 мужчин и 103 женщины, $M \pm SD_{age} = 56,6 \pm 1,8$) и 61-74 лет – 120 (13 мужчин и 107 женщин, $M \pm SD_{age} = 66,7 \pm 3,9$).
- *Старческий возраст:* 75 - 90 лет – 50 (11 мужчин и 39 женщин, $M \pm SD_{age} = 79,4 \pm 3,5$).

Респонденты проходили амбулаторное обследование у врача-гериатра/терапевта в Консультативно-диагностическом центре № 2 и Российском геронтологическом

научно-клиническом центре 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 социо-когнитивные функции;
- Серьезные нарушения слуха (пресбиакузис) и зрения (высокие аномалии рефракции, диабетическая ретинопатия, дальтонизм) препятствующие проведению обследования;
- Оценка когнитивного функционирования (по MoCA) < 26 баллов указывающая на наличие



изменений в когнитивном функционировании;

- Нейродегенеративные заболевания и неврологические заболевания (опухоли, сосудистые поражения, нейроинфекции, эпилепсия, черепно-мозговые травмы);
- Оценка эмоционального благополучия (по GDS-30) > 20 баллов указывающая на симптомы депрессии средней и тяжелой степени;
- Опыт обращения в психиатрические клиники. 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 участников исследования

Среди респондентов трех возрастных групп в основном преобладали женщины что подтверждает факт *феминизации стареющего населения* (feminization of later age), и меньшего количества барьеров для здоровьесберегающего и профилактического поведения по сравнению с мужчинами позднего возраста (табл. 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
Всего респондентов	120	120	50
Средний возраст, лет (M±SD)	56,6±1,8	66,7±3,9	79,4±3,5
Соотношение по полу (%/n):			
Мужчины	14 (17)	11 (13)	22 (11)
Женщины	86(103)	89 (107)	78 (39)
Уровень образования (%/n):			
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)
Семейный статус (%/n):			
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)
Рабочий статус (%/n):			
Работают	60 (72)	42 (51)	12 (6)
Не работают	40 (48)	58 (69)	88 (44)
Злоупотребление алкоголем (%/n)	4 (5)	7 (8)	6 (3)
Курение (%/n)	20 (24)	29 (35)	14 (7)
Назначенные и принимаемые препараты (%/n):			
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)
Субъективная оценка себя больным по WHOQOL-BREF (%/n)			
Считают себя больными	35 (42)	40 (48)	85 (42)
Не считают себя больными	65 (78)	60 (72)	15 (8)
Удовлетворенность состоянием здоровья по WHOQOL-BREF (%/n)			
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)
Удовлетворенность качеством жизни по WHOQOL-BREF (%/n)			
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

Другой демографической особенностью является наличие феномена серебряной сепарации (silver separation): половина людей пожилого возрастов (55-60 и 61-74 лет) были разведены.

Методики исследования были разделены на диагностические блоки:

I. Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья: гериатрическая шкала кумулятивности расстройств (CIRS-G); шкала оценки субъективного возраста Б. Барака (Cognitive age-decade scale);

краткий опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF); Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA); гериатрическая шкала оценки депрессии (GDS-30); Калифорнийская шкала оценки чувства одиночества (R-UCLA-LS).

II. Понимание обмана. Использовался тест, направленный на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий Е. Виннер (Pragmatic interpretation short



stories, Winner's Task, *Winner, et al, 1998*). Этот тест основан на *нарративном подходе*. В отличие от традиционных батарей тестов построенных на основе Салли-Энн теста (sandbox task), нарративная форма подачи стимульного материала вызывает у респондента определенную эмоциональную реакцию, основанную на идентификации с героями рассказа. Благодаря нарративной форме можно проникнуть во внутренний мир респондента, выявить специфику и тип интерпретации ситуации, пони-

III.

У Дарьи была прекрасная дача с огородом, на котором она все лето выращивала овощи. У ее соседки Ларисы был также огород, но все ее растения погибали. Лариса хотела порадовать мужа салатом из овощей, поэтому она решила сорвать помидоры с огорода Дарьи.

1) **Лариса взяла помидоры в огороде Дарьи?**
Да/Нет

В тот момент Дарья была на кухне и видела, как Лариса срывает помидоры с грядок.

2) **Поняла ли Дарья, что Лариса сорвала помидоры с ее огорода?**
Да/Нет

Когда Лариса собирала помидоры, она заметила, как Дарья смотрит на нее из окна. Во время ужина муж Ларисы спросил у нее, откуда она взяла такие вкусные помидоры. Лариса сказала, что сорвала их с огорода Дарьи. Муж спросил у Ларисы: «Дарья знает, что ты сорвала их?»

мания обмана, что показано в исследовании Н.И. Колесниковой и Е.А. Сергиенко (2010) Ядром нарратива является событие, ситуация, каждая часть предъявленного респонденту сюжетного рассказа обязательно описывает событие, что позволяет понять специфику построения им когнитивной модели ситуации (Знаков, Рябикина, 2017). Тест состоит из 5 коротких рассказов, общий объем которых 250 слов (рис.2).

3) **Как Вы думаете, что Лариса ответила ему?**

- А) Да, Дарья знает, что я сорвала ее помидоры.
Б) Нет, Дарья не знает, что я сорвала ее помидоры.

4) **Думала ли Лариса, что сказанное ей - правда? Да/Нет**

На следующий день, когда соседки встретились, Дарья спросила Ларису: «Ты случайно не знаешь, куда пропали помидоры с моей грядки?» Лариса ответила: «А разве их сейчас там нет?»

5) **Когда Лариса ответила Дарье, что не знает, куда пропали помидоры, думала ли она, что та поверит ей? Да/Нет**

6) **Когда Лариса сказала, что не знает куда пропали помидоры, она хотела:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.
Б) Состроить, чтобы скрыть смущение.

Рис. 2 Пример истории на понимании обмана из теста, направленного на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий Е. Виннер

В предъявляемых историях описываются жизненные ситуации, когда *герой-свидетель* наблюдает или замечает проступок *героя-нарушителя*. Сам герой-нарушитель не знает, что он/она был замечен героем-свидетелем, когда делал неправильный поступок. Чтобы скрыть свое смущение, и не

быть пойманным герой-нарушитель произносит ложное высказывание. Использование такого рода формата проведения оценки когнитивного компонента модели психического сближает его с реалиями повседневной социальной жизни (Turner, Felisberti, 2017).



Инструкция: «Вам будут предъявлены различные истории, в которых описываются поступки людей. В ходе прочтения каждой истории Вам будет предложено ответить на ряд вопросов». По мере чтения

респондентами истории в тексте им задавались вопросы, снижающие когнитивную нагрузку на рабочую память. Типы вопросов представлены в таблице 2.

Таблица 2. Типы вопросов в тесте на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий (Pragmatic interpretation short stories)

Тип вопроса	Пример из истории	Описание
Фактический вопрос (Fact question)	Лариса взяла помидоры в огороде Дарьи?	Этот вопрос задается, чтобы удостовериться, что респонденты понимают сюжет, способны запоминать определенное количество информации, для того чтобы сделать правильное суждение о соответствующей фактической информации.
Вопрос «первого» порядка (First-order belief question)	Поняла ли Дарья, что Лариса сорвала помидоры с ее огорода?	Это вопрос требует от респондента понимания психического состояния героя-свидетеля. Вопрос направлен на то, чтобы оценить понимает ли респондент, что герой-свидетель знает или не знает правду, т.е. был свидетелем или не был им, когда герой-нарушитель совершал неправильное действие.
Вопрос второго порядка (Second-order true or false belief question)	Как Вы думаете, что Лариса ответила ему?	Для того чтобы правильно ответить на этот вопрос, респондент должен сформировать представления главного героя о знаниях героя-свидетеля.
Уточняющий (проверяющий) вопрос второго порядка (Second-order belief follow-up question)	Думала ли Лариса, что сказанное ей - правда?	Этот вопрос задается только в случае, если респондент неправильно ответил на предыдущий вопрос, чтобы удостовериться в правильном понимании репрезентации второго порядка.
Вопрос ожидания (Second-order expectation question)	Когда Лариса ответила Дарье, что не знает, куда пропали помидоры, думала ли она, что та поверит ей?	Оценивает мотивацию участника на понимание репрезентаций второго порядка о психическом состоянии героя-нарушителя.
Вопрос на понимание обмана	Когда Лариса сказала, что не знает куда про-	Оценка распознавания обмана или иронии



на (lie comprehension question)

пали помидоры, она хотела:
А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.
Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

Нами был проведен перевод на русский язык и валидизация данного теста. Показана высокая надежность-согласованность для оценки обмана. Для всего теста (α -Кронбаха = 0,88), Репрезентации «первого» (0,73) и второго (0,67) порядка по понимаю обмана (Мелёхин, Сергиенко, 2015).

Интерпретация.

- **Индекс понимания обмана.** Согласно ключу за каждый правильный ответ присваивается 1 балл, за неверный - 0. Всего 6 вопросов и 5 историй. Максимальный балл – 30.

- Учитывается оценка состояния репрезентаций о психическом состоянии другого человека первого (2 вопрос) и второго порядка (3 вопрос) о психических состояниях другого человека (Winner et al., 1998).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ IBM SPSS v.23 for OS X for OS X, с использованием следующих статистических методов обработки данных: дескриптивный анализ; критерий Колмогорова-Смирнова; U-критерия Манна-Уитни и множественного регрессионного анализа.

Результаты исследования

Гериатрический статус состояния здоровья респондентов

В пожилом и старческом возрасте преобладает расхождение между хронологическим (паспортным) и субъективным возрастом, что указывает на феномен «отрицание возраста» (age denial, Barak, Rahtz, 1999) и копинг-стратегии не-

реписывать возраст (age rewriting strategies, Morelock, Stokes, 2017). В группе 55-60 лет оценивали свой субъективный возраст на 7,5 лет, 61-74 лет на 7,6 лет, а 75-90 лет на 8,1 лет *моложе* своего хронологического возраста, что говорит о *положительной когнитивной иллюзии возраста* (табл.3).



Таблица 3. Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья респондентов трех возрастных групп

Компоненты оценки	55-60 лет		61-74 лет		75-90 лет		p-значения
	n=120		n=120		n=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
	56,6	1,8	66,7	3,9	79,4	3,5	
Субъективный возраст							
Общий показатель СВ	49,05	6,9	58,4	6,39	70,4	5,2	AB**, AC**, BC**
Биологический возраст (чувствую)	51,1	7,16	59,5	7,28	73,07	7,11	AB**, AC**, BC**
Эмоциональный возраст (выгляжу)	47,5	8,5	56,6	9,7	72,9	10,3	AB**, AC**, BC**
Социальный возраст (действую)	49,5	7,6	58,7	7,87	70,3	8,42	AB**, AC**, BC**
Интеллектуальный возраст (интересы)	48,8	8,75	57,4	8,43	68,8	9,5	AB**, AC**, BC**
Физическое здоровье							
Индекс полиморбидности (CIRS-G) [56]	6,08	1,8	8,02	1,5	10,02	2,2	AB**, AC**, BC**
Серьезность заболевания [4]	1,2	0,35	1,5	0,31	1,8	0,32	AC*
Число хронических заболеваний [10]	1,9	1,6	2,4	1,7	3,1	1,9	AC*
Функциональный статус							
Индекс КЖ (WHOQOL-BREF) [400]	216,8	46,7	180,7	49,4	151,7	38,7	AB**, AC**, BC**
Физическое здоровье [100]	52,8	10,9	46,7	13,5	39,2	10,3	AB**, AC**, BC**
Психическое здоровье [100]	56,8	11,9	49,4	13,4	41,6	12,5	AB**, AC**, BC**
Социальный капитал [100]	54,4	22,5	40,3	19,9	34,2	16,8	AB**, AC**, BC**
Окружающая среда [100]	50,5	12,6	43,9	14,4	35,3	12,5	AB**, AC**, BC**
Когнитивное функционирование							
Индекс когнитивного статуса (MoCA) [30]	29,1	0,72	27,9	0,97	26,9	0,8	AB**, AC**, BC*
Оптико-конструктивные и исполнительные функции [5]	4,8	0,8	4,4	0,6	3,8	0,2	BC**



Внимание [6]	5,8	0,7	5,6	0,2	4,1	0,7	АС**, ВС**
Память [5]	4,7	0,4	4,4	0,2	3,7	0,5	АС**, ВС**
Речь [6]	5,8	0,2	5,7	0,4	5,2	0,5	-
Общая ориентировка [6]	5,8	0,7	4,9	0,4	3,4	0,2	АС**, ВС**
Симптомы депрессии							
Индекс симптомов депрессии (GDS-30) [30]	9,8	3,3	13,1	3,4	15,9	3,8	АВ**, АС**, ВС**
Субъективное чувство одиночества							
Индекс субъективного чувства одиночества (R-UCLA-LS) [60]	39,3	5,42	43,3	5,4	47,8	6,08	АВ**, АС**, ВС**
Отсутствие общности с людьми [24]	9,8	3,66	11,9	3,14	14,9	3,57	АВ**, АС**, ВС**
Отсутствие межличностных контактов [24]	13,08	4,05	16,2	4,88	17,9	3,35	АВ**, АС**, ВС**
Изолированность [20]	12,5	3,37	14,8	3,68	16,8	2,56	АВ**, АС**, ВС**
Неудовлетворенность качеством отношений с окружающими [16]	6,52	2,65	8,11	2,84	8,36	4,11	АВ**, АС**

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

Показано, что 19% респондентов 55-60 лет, 16% - 61-74 лет и 16% – 75-90 лет оценивали свой субъективный возраст «идентично» хронологическому. Лишь 5% респондентов 55-60 лет, 7% - 61-74 лет и 8% - 75-90 оценивали себя «старше» хронологического возраста, что говорит о *отрицательной когнитивной иллюзии возраста*. При обследовании наблюдалась легкая степень медикаментозно стабилизируемой полиморбидности. В группах 61-74 и 75-90 лет по сравнению с группой 55-60 лет наблюдалась тенденция к снижению таких компонентов качества жизни как: удовлетворенность физическим, психоло-

гическим здоровьем, социальной активностью и безопасностью городской среды. Не было обнаружено симптомов изменений в когнитивном функционировании. По сравнению с пожилым возрастом (55-60 и 61-74 лет) в группе старческого возраста (75-90 лет) наблюдается большая выраженность симптомов субклинической, подпороговой депрессии с преобладанием тревожно-аффекта и изменений в качестве сна, что свидетельствует о нарушении функциональной целостности барьера психической адаптации, которое ведет к готовности дезадаптивным образом реагировать стрессовые факторы. Наблюдается боль-



шая глубина переживаний чувства одиночества и изоляции.

Возрастно-специфические особенности понимания обмана. В старческом (76-90 лет) по сравнению с пожилым (55-60 и 61-

74 лет) наблюдаются изменения в способности делать *прагматические интерпретации*, т.е. понимать небуквальные высказывания в форме обмана (табл. 4).

Таблица 4. Распознавание обмана (по тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий) в трех возрастных группах респондентов

Компоненты Winner's task	55-60 лет (A)		61-74 лет (B)		75-90 лет (C)		р-значения
	n=120		n=120		n=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Индекс распознавания обмана [30]	27,2	1,64	24,1	2,74	21,7	1,53	AB**, AC**, BC**
Основные субкомпоненты							
Фактический вопрос [5]	4,6	0,43	4,5	0,58	4,3	0,34	-
Репрезентации «первого» порядка [5]	4,5	0,59	4,3	0,81	3,9	0,95	-
Репрезентации «второго» порядка [5]	4,1	1,27	3,9	1,14	3,2	1,49	AC*
Вопрос ожидания «второго» порядка [5]	4,2	1,52	3,9	1,38	3,3	1,28	AC*
Вопрос интерпретация [5]	4,1	1,45	3,6	2,3	3,1	0,9	AC*

Примечание. Winner's task - тест на оценку способности прагматической интерпретации событий. M – среднее значение. SD-стандартное отклонение. N – кол-во респондентов. В квадратных скобках указан максимальный баллы по параметрам теста. ** - $p < 0,01$, * - $p < 0,05$ при попарном сравнении групп- A, B, C с помощью U-критерия Манна-Уитни.

91% респондентов 55-60 лет, 88% 61-74 лет и 75% - 75-90 лет правильно распознавали обман. Меньше всего наблюдалось ошибок в **фактическом вопросе** понимания ситуации (рис.3).

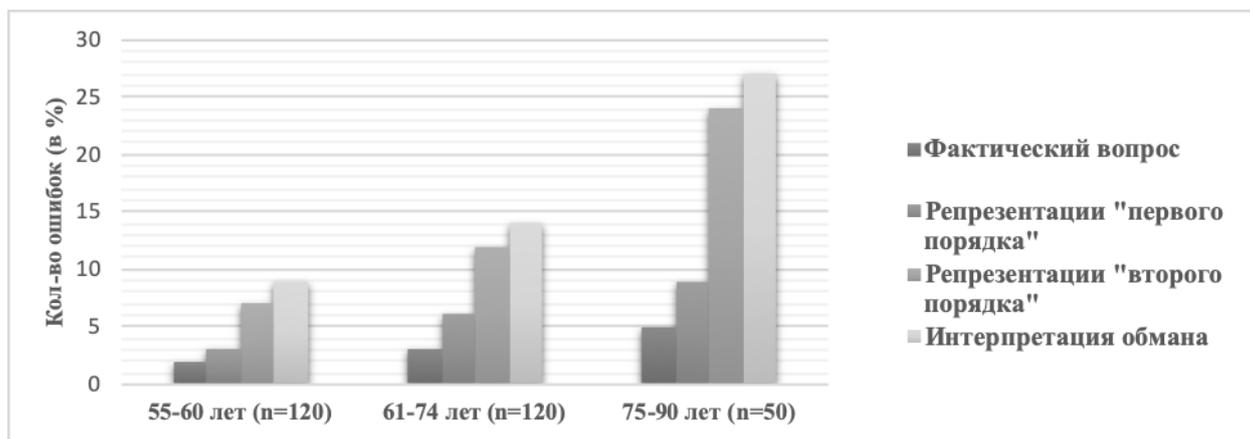


Рис. 3 Ошибки в понимании вопросов (по тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий) у респондентов трех возрастных групп

Наличие этих ошибок указывало бы на трудности у людей позднего возраста в общем понимании сюжета истории. Можно сделать вывод о том, что все респонденты пожилого и старческого возраста во время чтения историй проявляли высокий уровень концентрации внимания и были заинтересованы в сюжетной линии.

Вопрос на **оценку репрезентаций «первого порядка»**, который касается способности делать выводы о психическом состоянии, намерении только одного человека (героя рассказа). Также не вызывал трудностей. Например, поняла ли Дарья, что Лариса сорвала помидоры с ее огорода? Наличие ошибок в этом вопросе указывало бы на *дефицит оценки перцептивного доступа* (по Е. Виннер) той информации, которую воспринимает человек (Winner, et al., 1998). Также отметим, что вопросы на оценку «первого порядка» касались истинный убеждений, и наличие ошибок говорило бы о собственном мнении респондентов о фактах предложенной истории.

В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается больше ошибок в

вопросе на оценку **репрезентаций «второго порядка»**, которые позволяют узнавать не только чье-либо представление о психических состояниях, намерений (репрезентации «первого порядка»), но и понимать, что думает один человек о состоянии, убеждениях другого человека. Этот факт говорит о присутствии в старческом возрасте дефицита в оценке репрезентаций высшего порядка о психических состояниях других людей (second-order ToM deficits). Эти репрезентации необходимы для более тонкого понимания социальных взаимодействий, для общения понимания обмана, юмора или иронии

Проведенный нами дисперсионный анализ по схеме *тип истории (обман) × группы респондентов (55-60 и 75-90 лет)* показал, что у группы 75-90 лет выявлен значительный дефицит приписывания репрезентаций «второго порядка» ($F=16,9$ df 1,17, $p<0,01$). При понимании обмана у респондентов 55-60 и 75-90 лет наблюдались различия в *интерпретации намерений*, при большем количестве ошибок в старческом возрасте. Также проводился дисперсионный анализ взаимосвязи



возраста, типа истории (обман) и типа вопросов (фактический, вопрос первого и второго порядка, предвосхищение, интерпретация). Он рассчитывался по схеме $3 \times 1 \times 5$: фактор возраста группы, тип истории (обман) и тип вопросов (фактический, вопрос на репрезентации «первого» и «второго» порядка, ожидание, интерпретация). Выявлен вклад хронологического возраста в использование репрезентации «второго порядка» ($F=17,1$ df 1,23, $p < 0,01$), что объясняется тем, что респонденты старческого возраста менее точны, чем респонденты пожилого возраста в ответе на этот вопрос. По мнению Е. Виннер предполагалось, что респонденты обладают цельным пониманием убеждений второго порядка, если они отвечали согласно следующим моделям: 1) Отвечали правильно на вопрос-убеждение второго порядка, а затем отвечали на проверяющий вопрос, говоря, что герой думал, что он говорит правду (герой лгал неосознанно) или 2) они отвечали неправильно на вопрос-убеждение «второго порядка», а затем отвечали на проверяющий вопрос, говоря что герой не думал, что он говорит правду (герой лгал сознательно) (Winner, et al., 1998).

Понимание вопроса ожидания вызывал трудности у респондентов трех возрастных групп. Напомним, что этот вопрос задавался по окончании истории и оценивал мотивацию респондента на использование репрезентаций «второго порядка» о психическом состоянии героя-нарушителя. Понимание вопроса ожидания «второго порядка» было лучше у респондентов 55-

60 лет, нежели у 75-90 лет ($U=141$, $p < 0,05$). Обнаружено влияние хронологического возраста ($F=18,7$ df 2,11, $p < 0,01$) на точность при ответе на данный вопрос. Применение апостериорного критерия Шеффе для парных сравнений показало, что существует связь между пониманием когнитивных репрезентаций «второго порядка» и интерпретацией намерений другого человека ($r=0,412$, $p < 0,01$). Это говорит о том, что люди пожилого и старческого возраста *используют свое* понимание психического состояния главного героя в отношении героя-свидетеля, чтобы построить соответствующую прагматическую интерпретацию намерения героя-нарушителя. Использование своего понимания является социально-эмоциональной селективностью направленной на обеспечение защиты, формой положительного эгоцентрического сдвига, который мы рассматриваем как компенсаторный механизм, форму стрессовой регрессии (Reed, Carstensen, 2012; Riva, Triscoli, 2016).

Ресурсное значение понимания обмана в позднем возрасте

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: **«Считаете ли Вы способность понимать обман ресурсом благополучного старения?»**. Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением, данный социокогнитивный процесс. Большинство респондентов 55-60 (93%), 61-74 (97%) и 75-90 (95%) лет отмечают, что умение понимать обман являет-



ся ресурсом благополучного старения, т.к. помогает не стать жертвой обмана и махинаций. 7% респондентов 55-60, 3% – 61-74 лет и 5% - 75-90 лет, что понимание обмана – это не ресурс, а сложная способность, которой нужно учиться и постигать всю жизнь.

Предикторы понимания обмана. В таблице 5 показано, что в трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни) влияющие на понимание обмана.

Таблица 5. Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи социо-демографических характеристик, гериатрического статуса и **понимания обмана** (по тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Индекс распознавание обмана (по Winner's Task)	N	120	120	50
	R²	0,510	0,588	0,470
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	17,443**	18,410**	16,421**
	Уровень образования	0,219*	0,200*	0,183*
	Семейное положение	0,221*	0,215*	-
	Рабочий статус	-	0,182*	-
	Полиморбидность	-	-	0,160*
	Когнитивное функционирование	-	-	0,147*
	Симптомы депрессии	-0,300*	-0,377**	-0,380**
	Субъективное чувство одиночества	-0,271*	-0,342**	-0,320*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,301*	0,353**	0,376**
	Субъективный возраст	-0,200*	-0,257*	-

Примечание. *p < 0,05, **p < 0,01.

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) семейный статус влияет на понимание обмана. Рабочий статус начинает выступать предиктором понимания обмана у респондентов 61-74 лет. Отметим, что у ре-

спондентов 55-60 и 61-74 лет к этим предикторам добавляется психологический фактор – более «молодой» субъективный возраст. В старческом возрасте значение приобретает медицинский фактор – полиморбид-



ность, и психологический фактор – когнитивное функционирование.

Обсуждение результатов

Полученные нами данные по пониманию обмана согласуются с рядом зарубежных исследований, которые показали, что *тонкие изменения* в способности понимать небуквальные высказывания могут начинаться у социально и познавательно активных людей после 65 лет и часто выступают маркером психологического неблагополучия (Duval, Piolino, 2011; Maylor, et al, 2002; Slessor et al., 2007). Наблюдаемые нами изменения в пожилом и старческом возрасте следует рассматривать как один из *симптомов вторичного дефицита в прагматической компетенции* (pragmatic language processing) (Мелёхин, 2017).

Нами показано, что *фактическое понимание ситуации* взаимодействия между людьми и построение репрезентаций первого порядка о психическом состоянии, вызывают меньше трудностей в позднем возрасте, что согласуется с исследованиями (Bernstein, Coolin, 2011; Grainger, Henry, 2018; Slessor et al., 2007; Wang, Su, 2013). Этот факт указывает на *парциальные изменения* в способности понимать психические состояния в пожилом и старческом возрасте, и на снижении *когнитивных ресурсов* необходимых для более сложных суждений о психическом состоянии другого, а также мотивационного смещения, т.е. *желания понимать другого* («спонтанной ментализации») (Bottiroli, Cavallini, 2016). Показано, что в пожилом и старческом возрасте происходят изменения в использовании ре-

презентаций второго порядка о психическом состоянии другого с помощью, которой пожилой человек может оценить психическое состояние одного человека по отношению к другому человеку, что влияет на понимание обмана. Полученные нами данные согласуется с рядом исследований (

Bernstein, Thornton, 2011; Bernstein, Coolin, 2017; Bottiroli, Cavallini, 2016; Duval, Piolino, 2011; 22. German, Hehman, 2006; Henry, Phillips, 2013; Maylor et al., 2002; Wang, 2017; Wang, Su, 2013), которые показали, что по сравнению с пожилым возрастом, люди старческого возраста испытывают значительные трудности при одновременном понимании двух точек зрения, что также входит в состав способностей модели психического

Понимание психических состояний «второго порядка» больше полагается на *когнитивные процессы*, которые часто изменяются с возрастом (Maylor, et al, 2002). Показана связь между пониманием когнитивных репрезентаций «второго порядка» и интерпретацией намерений. Этот факт позволяет предположить, что люди пожилого и старческого возраста используют *свое понимание психического состояния главного героя* в отношении героя-свидетеля, чтобы построить соответствующую прагматическую интерпретацию намерения героя-нарушителя, что согласуется с данными Р. Флисса (Fliss, Lemerre, 2016) и наличием феноменом эмо-



ционально-эгоцентрического сдвига в позднем возрасте (*Riva, Triscoli, 2016*) Опору на собственное понимание следует рассматривать как компенсаторный механизм, позволяющим минимизировать трудности в понимании психических состояний других людей. При наличии у человека позднего возраста *положительной когнитивной иллюзии возраста* (оценка себя моложе своих лет) наблюдаются лучше распознавание обмана, чем при оценке своего субъективного возраста «идентично» и «старше» хронологического возраста. В нашей работе показано, что уровень образования, семейный и рабочий статус вносят вклад в понимание обмана в пожилом и старческом возрастах, что согласуется с исследованием М. Шампань-Лавау, которое интерпретирует этот факт через призму *когнитивного резерва У. Стерна* как защитного фактора от нейродегенеративных расстройств (*Champagne-Lavaui, Joannette, 2009*). Влияние *уровня образования* на понимание небуквальных высказываний в позднем возрасте согласуется с исследованием Р. Флисса, которое рассматривает *уровень образования* как когнитивный ресурс (*Fliss, Lemerre, 2016*). Нами было показано, что удовлетворенность качеством жизни вно-

сит вклад в понимание обмана в пожилом и старческом возрасте. Изменения в состоянии эмоционального благополучия (чувство одиночества, депрессия) оказывают воздействие на понимание небуквальных высказываний в пожилом и старческом возрасте, что подтверждает данные ряда исследований (*Cotter, Granger, 2018; Cusi, et al, 2013; Washburn, et al. 2016*) рассматривающие изменения в социокогнитивных функциях как один из маркеров наличия симптомов депрессии. Изменения в распознавании и дифференциации интенсивности эмоций в пожилом возрасте связаны с пониманием обмана, что согласуется с *интегративной теорией модели психического* (*German, Nehman, 2006*) о связи когнитивного и эмоционального компонентов. Таким образом на распознавание обмана также может воздействовать *модально-специфический дефицит*, который заключается в изменениях распознавании и дифференциации интенсивности эмоций, эмоциональных сигналов обмана в мимике в ситуациях взаимодействия лицом-к-лицу (*Halberstadt, Ruffma, Murray, 2017*) что затрудняет социальные контакты и адекватное поведение в социуме.

Выводы

- В старческом возрасте (76-90 лет) по сравнению с пожилым (55-60 и 61-74 лет) наблюдаются тонкие изменения в способности делать *прагматические интерпретации*, т.е. понимать и интерпретировать небуквальные высказывания в форме обмана.
- В пожилом и старческом возрастах не наблюдается трудностей в понимании социальной ситуации и способности делать выводы о ложных мнениях только



- одного человека (репрезентации «первого порядка»).
- В пожилом (61-74 лет) и старческом (75-90 лет) возрастах наблюдаются трудности при понимании, что думает один человек о намерениях, убеждениях другого человека (репрезентации «второго порядка»).
 - С целью минимизации трудностей в понимании обмана, люди позднего возраста используют такой социо-когнитивный компенсаторный механизм как эмоционально-эгоцентрический сдвиг, т.е. понимание психического состояния другого, его намерений с опорой на собственные предпочтения и жизненный опыт. Этот сдвиг следует рассматривать как компенсаторный механизм, форму стрессовой реорганизации ресурсов.
 - Выделены общие предикторы понимания обмана в позднем возрасте: социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни). В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном статусе влияют на понимание обмана. Рабочий статус начинает выступать предиктором понимания обмана только у людей 61-74 лет. У людей 55-60 и 61-74 лет к вышеизложенным предикторам понимания обмана добавляется изменения в субъективном возрасте. В старческом возрасте по сравнению с пожилым к предикторам понимания обмана добавляются полиморбидность и изменения в когнитивном функционировании.
 - Большинство людей пожилого и старческого возрастов, способность понимать обман, считают ресурсом благополучного старения.

Литература

- Вдовина, М.В. Жестокое обращение, насилие в пожилом возрасте и возможности их преодоления // Общество: социология, психология, педагогика. 2018. №1. С. 10-19.
- Знаков, В.В., Рябикина, З.И. Психология человеческого бытия. М.: Смысл, 2017, 416 с.
- Колесникова, Н.И., Сергиенко, Е.А. Личностные аспекты понимания психического у взрослых // Психологические исследования. 2010. Т. 14. № 6 <http://psystudy.ru/num/2010n6-14/409-kolesnikova>
- sergienko14.html (дата обращения: 14.03.19)
- Мелёхин, А.И. Особенности прагматической функции речи в позднем возрасте: принципы диагностики и пути восстановления // Современная зарубежная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 39-52. doi:10.17759/jmfr.2017060305
- Мелёхин, А.И. Социо-когнитивный дефицит: маркер для понимания нейрокогнитивных расстройств? // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. № 2. С. 19-35.



- Мелёхин, А.И., Сергиенко, Е.А. Специфика социального познания в пожилом и старческом возрасте // Социальная психология и общество. 2015. Том 6. № 4. С. 60–77. doi:10.17759/sps.2015060405
- Полищук, Ю.И., Летникова, З.В. К вопросу о жестоком обращении с психически больными пожилыми и престарелыми людьми в семье и психиатрических учреждениях // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т.28. №1. С. 101 - 105.
- Сергиенко, Е.А., Лебедева, Е.И., Уланова, А.Ю. Модель психического – способность понимания мира людей//Разработка понятий современной психологии/отв. Ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, 2018, с. 269-343.
- Barak, B., Rahtz, D. Perceived youth: Appraisal and characterization. //The International Journal of Aging & Human Development. 1999. Vol. 49. P. 231–257 doi: 10.2190/11CW-WKLJ-40KW-7KG9
- Bernstein, D.M., Thornton, W.L., Sommerville, J.A. Theory of mind through the ages: older and middle-aged adults exhibit more errors than do younger adults on a continuous false belief task. //Exp Aging Res. 2011. Vol. 37. № 5. P. 481-502. doi: 10.1080/0361073X.2011.619466. T
- Bernstein, D.M., Coolin, A., Fischer, A.L. False-belief reasoning from 3 to 92 years of age. //PloS one. 2017. Vol. 12. № 9. P. 11-21. doi:10.1371/journal.pone.0185345
- Bottiroli, S., Cavallini, E. Theory of Mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test. //Arch Gerontol Geriatr. 2016. Vol.62. P. 152-162. doi: 10.1016/j.archger.2015.09.009.
- Chalah, M.A., Kuv, P., Lefaucheur, J.P. Theory of mind in multiple sclerosis: A neuropsychological and MRI study. //Neurosci Lett. 2017. Vol. 29. P. 108-113. doi: 10.1016/j.neulet.2017.08.055.
- Champagne-Lavau, M., Joannette, Y. Pragmatics, theory of mind and EF after a right-hemisphere lesion: Different patterns of deficits. //J Neuroling. 2009. Vol. 22. P. 413-426. DOI: 10.1016/j.jneuroling.2009.02.002
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R. Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. //Neurosci Biobehav Rev. 2018. № 84. P. 92-99. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014.
- Croca, M., Lagodka, A., Gadel, R. Theory of mind and schizophrenia in young and middle-aged patients: Influence of executive functions. //Psychiatry Res. 2018. Vol. 259. P. 532-537. doi: 10.1016/j.psychres.2017.10.041.
- Cusi, A.M., et al. Theory of mind deficits in patients with mild symptoms of major depressive disorder. //Psychiatry Res. 2013. Vol. 210. P. 672–674. doi: 10.1016/j.psychres.2013.06.018
- Dejko, K. Examining mentalizing ability in the process of psychiatric and psychotherapeutic diagnosis. //Psychiatr Pol. 2015. Vol. 49. № 3. P. 575-584. doi: 10.12740/PP/27303.
- Duval, C., Piolino, P. Age effects on different components of theory of mind. // Conscious Cogn. 2011. Vol. 20. № 3. P. 627-642. doi: 10.1016/j.concog.2010.10.025.



- Erwin, J. The Effects of Sleep Quality on Theory of Mind //Undergraduate Honors Thesis Collection. 2016. Vol. 334. P. 10-23.
- Fliss, R., Lemerre, M., Mollard, A. Performances on a cognitive theory of mind task: specific decline or general cognitive deficits? Evidence from normal aging. //Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2016. Vol. 14. № 2. P. 221-230. doi: 10.1684/pnv.2016.0603.
- German, T.P., Hehman, J.A. Representational and executive selection resources in theory of mind: evidence from compromised belief-desire reasoning in old age. //Cognition. 2006. Vol. 101. № 1. P. 129-152. Doi: 10.1016/j.cognition.2005.05.007
- Grainger, S.A., Henry, J.D., Naughtin, C.K. Implicit false belief tracking is preserved in late adulthood. J Exp Psychol. 2018. Vol. 71. № 9. P. 1980-1987. doi: 10.1177/1747021817734690.
- Halberstadt, J., Ruffma, T., Murray, J. Emotion perception explains age-related differences in the perception of social gaffes. //Psychology and Aging. 2011. Vol. 26, P. 133-136. doi: 10.1037/a0021366
- Hamilton, J., Radlak, B., Morris, P. Theory of Mind and Executive Functioning Following Stroke. //Arch Clin Neuropsychol. 2017. Vol. 32. № 5. P. 507-518. doi: 10.1093/arclin/acx035.
- Hasson-Ohayon, I., et al. Neurocognition and social cognition elements of social functioning and social quality of life.// Psychiatry Res. 2017. Vol. 258. P. 538-543. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.004
- Henry, J.D., Phillips, L.H., Ruffman, T. A meta-analytic review of differences in theory of mind. //Psychol Aging. 2013. Vol. 28. № 3. P. 826-839. doi: 10.1037/a0030677.
- Hezel, D.M., McNally, R.J. Theory of Mind Impairments in Social Anxiety Disorder// Behavior Therapy. 2014. Vol. 45. № 4. P. 530-540 doi: 10.1016/j.beth.2014.02.010
- Lecce, S., Ceccato, I., Bianco, F. Theory of Mind and social relationships in older adults: The role of social motivation. // Aging & Mental Health, 2017. Vol. 21, P. 253-258. doi: 10.1080/13607863.2015.1114586
- Maylor, E.A., et al. Does performance on theory of mind tasks decline in old age? //Br J Psychol. 2002. Vol. 93. P. 465-485. doi: 10.1348/000712602761381358
- Mitchell, R.L., Young, A.H. Theory of Mind in Bipolar Disorder, with Comparison to the Impairments Observed in Schizophrenia. //Frontiers in psychiatry, 2016. № 6, Vol. 188. P.19-32. doi:10.3389/fpsy.2015.00188
- Moreau, N., Rauzy, S., Bonnefoi, B. Different Patterns of Theory of Mind Impairment in Mild Cognitive Impairment. //J Alzheimers Dis. 2015. Vol. 45. № 2. P. 581-97. doi: 10.3233/JAD-143021
- Morelock, J.C., Stokes, J.E., Moorman S.M. Rewriting age to overcome misaligned age and gender norms in later life. //J Aging Stud. 2017. Vol. 40. P. 16-22. doi: 10.1016/j.jaging.2016.12.003.
- Pezzuti, L., Longobardi, E., Rossetti, S. The Relation between the Theory of Mind and Socio-Emotional Functioning in a Sample of Older Adults. //J Neurol Psychol. 2015. Vol. 3. № 2. P. 7-16.



- Radecki, M.A., Cox, S.R., MacPherson S.E. Theory of mind and psychosocial characteristics in older men. //Psychology and Aging, 2019. Vol. 34. № 1. P. 145-151. doi: 10.1037/pag0000324
- Reed, A.E., Carstensen, L.L. The theory behind the age-related positivity effect. //Frontiers in psychology. 2012. № 3. Vol. 339. P. 19-32. doi:10.3389/fpsyg.2012.00339
- Riva, F., Tricoli, C. Emotional Egocentricity Bias Across the Life-Span.// Frontiers in Aging Neuroscience. 2016. № 8. Vol. 74. doi: 10.3389/fnagi.2016.00074
- Schreier, S., Pijnenborg, G.H. Empathy in adults with clinical or sub-clinical depressive symptoms. //Affect Disord. 2013. Vol. 150 . № 1. P. 1-16. doi: 10.1016/j.jad.2013.03.009.
- Shany-Ur, T., Rankin, K.P. Personality and social cognition in neurodegenerative disease. //Curr Opin Neurol. 2011. Vol. 24. № 6. P. 550-555. doi: 10.1097/WCO.0b013e32834cd42a.
- Slessor, G., et al. Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks. //Psychology and Aging, 2007. Vol. 22, № 3. P. 639-643. doi: 10.1037/0882-7974.22.3.639
- Turner, R., Felisberti, F.M. Measuring mindreading: a review of behavioral approaches to testing cognitive and affective mental state attribution in neurologically typical adults. //Front. Psychol. 2017. Vol. 8. № 47. P. 1-19 doi: 10.3389/fpsyg.2017.00047
- Wang, Y.Y., Wang, Y., Zou, Y.M. Theory of mind impairment and its clinical correlates in patients with schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder. //Schizophr Res. 2017. Vol. 17. P. 17-30. doi: 10.1016/j.schres.2017.11.003.
- Wang, Z., Su, Y. Age-related differences in the performance of theory of mind in older adults: a dissociation of cognitive and affective components. //Psychol Aging. 2013. Vol. 28. № 1. P. 284-291. doi: 10.1037/a0030876.
- Washburn, D., et al. Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions // Journal of Anxiety Disorders. 2016. Vol. 37. P. 71-77. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.11.004
- Wellman, H.M. Theory of mind across the lifespan? //Zeitschrift für Psychologie, 2018. Vol. 226. № 2. P. 136-138. doi: 10.1027/2151-2604/a000330
- Winner, E., et al. Distinguishing lies from jokes: theory of mind deficits and discourse interpretation in right hemisphere brain-damaged patients.// Brain and Language, 1998. Vol. 62. № 1. P. 89-106. doi: 10.1006/brln.1997.1889
- Zunhammer, M., Halski, A., Eichhammer P. Theory of Mind and Emotional Awareness in Chronic Soma-toform Pain Patients. // PloS one. 2015. Vol. 10. № 9. P. 1-18 doi:10.1371/journal.pone.0140016



Understanding deception in old age: specifics and predictors

A. I. Melehin

Multidisciplinary clinic of women's health «Laguna-Med», Moscow, Russia,
clinmelehin@yandex.ru

Abstract. The article shows that in the senile (76-90 years) compared with the elderly (55-60 and 61-74 years), there are marked changes in the ability to make pragmatic interpretations, i.e. to understand and interpret non-literal statements in the form of deception. It is shown that in late life there are no difficulties in understanding the social situation and the ability to draw conclusions about false beliefs of only one person (representation of the "first order"). In the elderly (61-74 years) and senile (75-90 years), there are difficulties in understanding what one person thinks about the intentions, beliefs of another person (representations of the "second order"). The phenomenon of emotional-egocentric shift in the understanding of deception at a late age is described. Common predictors of deception understanding are identified: socio-demographic (level of education) and psychological (symptoms of depression, feeling of loneliness, satisfaction with the quality of life, subjective age). Also age-specific predictors: changes in family, working status, cognitive functioning and polymorbidity.

Keywords: understanding of deception, social cognition, old age, senile age, deception

Cite as:

A. I. Melehin (2019). Understanding deception in old age: specifics and predictors. *Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry*, 1(3), 20-41. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3492282>



Клинико-психологические и клинико-психотерапевтические особенности больных алкоголизмом

Г.И.Дереча¹, Р.Ф.Апतिकеева², А.Н.Бикетов³, В.Н.Телятников³

¹ Оренбургский государственный медицинский университет; кафедра психиатрии и наркологии; г. Оренбург, Россия; e-mail: prof_derecha@mail.ru

² Оренбургский областной клинический наркологический диспансер; стационарное отделение медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами; г. Оренбург, Россия;

³ Оренбургский областной клинический наркологический диспансер; филиал; г. Новотроицк, Россия; e-mail: byxnarkolog@mail.ru

Аннотация. Цель: изучить клинико-психологические и клинико-психотерапевтические особенности больных алкоголизмом. Материалы и методы: клинико-психологический, клинико-психопатологический и экспериментально-психологический. Результаты исследования: комплексные исследования личности больных алкоголизмом позволяют изучить изменения личности в сфере характера, когнитивной сфере, трансформацию в личностных смыслах, выявляя психологические механизмы зависимого развития личности.

Ключевые слова: личность, характер, алкоголизм, зависимость, внутренняя картина болезни, внутренняя картина здоровья, наркология, личностноориентированная психотерапия

Введение

Известно, что возникновение алкогольной питейной установки во многом зависит от периода ранней социализации (Битенский В.С. и соавт., 1989; Курек Н.С., 1993; Forrow J.A., Swarts R.H., 1992; Valleman R., 1992; Khavari R.A., 1993). Питейное окружение не только подталкивает к употреблению спиртного, но также формирует особое самосознание личности с некритическим к себе отношением (Smart R.G., 1978; Schuckit M.A. 1989; Bigwist S., Olsson B., 1998). При этом происходит «де-

формация личности» (Соловьёва В.М., 1996). Е.Т.Соколова (1989), А.Ш.Тхостов и соавт. (2001) отмечают, что роль исследования самосознания неуклонно возрастает при изучении различных психических отклонений. Это важно также при анализе формирования аддиктивного поведения (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1996). Отмечается, что выраженность нарушения осознания болезни у больных алкоголизмом бывает разной глубины (Нелидов А.Л., 1980; Качаев А.А., Политов



В.В., 1984; Еникеева Д.Д., 1985; Си-ренко В.Б., 1985; Габоев В.Н., 1986; Андреянов А.А., 1988; Минутко В.Л., 1990). В этой связи больные алкоголизмом отбирались нами таким образом, чтобы их зависимость от алкоголя соответствовала двум ее видам: с ее осознанием (40 больных) и без ее осознания (100 больных). При разграничении этих двух групп больных помимо общего наличия

или отсутствия критического отношения к своему заболеванию использовались также признаки, характеризующие особенности личности при двух типах ПВА – тотальном и парциальном, потому что тотальному ПВА сопутствует отсутствие осознания болезни, а при парциальном ПВА оно имеется (Альтшулер В.Б., 1994).

Материалы и методы

Общая характеристика изученных лиц

Общая характеристика изученных лиц представлена в табл. 1. Во всех группах преобладают лица в возрасте от 30 до 39 лет. Обращает на себя внимание высокая доля больных с высшим и средним специальным образованием в группе лиц без осознания своей зависимости от алкоголя. У больных с осознанием зависимости преобладает среднее общее и неполное среднее

образование. Аналогичные различия отмечаются и в отношении видов деятельности: среди больных с осознанием зависимости преобладают рабочие (67,5%), а в группе без осознания зависимости чаще встречаются инженерные, военные, медицинские и другие виды деятельности, требующие более высокого образования.

По семейному статусу не отмечено существенных различий в группах изученных лиц.

Таблица 1. Общая характеристика изученных лиц

Характеризующие признаки	Изученные лица		
	Больные без осознания зависимости	Больные с осознанием зависимости	Здоровые лица
1. Количество обследованных	100	40	40
2. Возраст на период включения:			
26-29 лет	14 (14%)	2 (5%)	2 (5%)
30-39 лет	56 (56%)	24 (60%)	30 (75%)
40-49 лет	30 (30%)	14 (35%)	8 (20%)
3. Образование:			
высшее	34 (34%)	9 (22,5%)	40 (100%)
ср.специальное	42 (42%)	10 (25%)	-
ср.общее	21 (21%)	23 (57,5%)	-



неполное среднее	3 (3%)	8 (20%)	-
4. Вид деятельности:			
инженерная	23 (23%)	2 (5%)	-
военная	7 (7%)	2 (5%)	-
медицинская	10 (10%)	1 (2,5%)	40 (100%)
художественная	3 (3%)	1 (2,5%)	-
торговая	27 (27%)	7 (17,5%)	-
юридическая	4 (4%)	-	-
рабочая	26 (26%)	27 (67,5%)	-
5. Семейное положение:			
женат	89 (89%)	37 (92,5%)	38 (95%)
не женился	2 (2%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)
разведенный	9 (9%)	2 (5%)	1 (2,5%)

Клинический метод исследования

Клинико-психопатологическое изучение больных, включая субъективный и объективный анамнезы, особенности развития и динамики болезни, проводилось в соответствии с принципами, разработанными А.В.Снежневским (1999), Н.И.Karlan et В.Ј.Sadok (1996) и другими исследователями клинического метода в психиатрии. Главным при этом было выявить те или иные проявления психических отклонений и расстройств, определить симптомы и синдромы нарушений, оценить их выраженность, изучить их динамику и найти соответствие диагностическим критериям МКБ-10 (Попов Ю.В., Вид В.Я., 1997).

Клинические особенности алкоголизма при этом анализировались по схемам, предложенным А.К.Качаевским и соавт., 1976; Н.Н.Иванцом, А.Л.Игоным (1983) и Г.В.Морозовым (1983); Суг М.С., Wartman S.A., 1985; Schnuckit M.A., Irwin M., 1988. Затем зависимость от алкоголя рассматривалась с пози-

ций диагностических и исследовательских критериев МКБ-10:

F 10.0 – характер опьянения, острая интоксикация алкоголем;

F 10.2 – синдром зависимости;

F10.3 – синдром отмены (как составная часть синдрома зависимости).

Клинико-психопатологически изучались также изменения личности у больных алкоголизмом: особенности их характерологических заострений и органического снижения, изменений в системе личностных интересов, ценностей и направленностей. Критериями клинических оценок при этом были литературные данные таких видных исследователей патологии личности, как П.Б.Ганнушкин (1964), О.В.Кербиков (1971), А.Е.Личко (1983), В.Я.Гиндикин и В.А.Гурьева (1999), В.Я.Семке (2001), Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. (2003), К.Leongard (1981) и др. Определение видов личностных нарушений проводилось также по критериям МКБ-10:

F10.71– расстройство личности или поведения вследствие употреб-



ления алкоголя (соответствует общим критериям F07 – расстройств личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга, а именно: F07.0 – органическому расстройству личности, к которому в МКБ-10 рекомендуется относить псевдопсихопатическую личность и личность с признаками ослабления);

F62 – хроническое изменение личности, не связанное с повреждением или заболеванием головного мозга (проявляется изменением личностного восприятия мира и себя; изменением оценок и самооценок, отношения к себе и к окружающим; изменением жизненных по-

зиций и личностных ценностей, что соответствует отечественному понятию *патологического развития личности* - F 62.8 – «другие хронические изменения личности»).

Клинически определялись также стадии органического снижения личности и типология псевдопсихопатических (психопатоподобных) изменений (по критерия F60). Характеристика изученных лиц по исследовательским диагностическим критериям представлена в табл. 2.

Данные таб. 2 подтверждают наличие у изученных больных алкогольной болезни на этапе полного развития и отсутствия ее признаков в контрольной группе.

Таблица 2. Характеристика изученных лиц по исследовательским диагностическим критериям (ICD –10)

Исследовательские критерии по ICD –10	Обследованные лица		
	Больные без осознания зависимости	Больные с осознанием зависимости	Здоровые лица
1. Характер опьянения («острая интоксикация, обусловленная алкоголем» по F10.0):			
А. Дисфункциональное поведение:			
- лабильность настроения	37 (37%)	17 (42,5%)	6 (15%)
- нарушения внимания	62 (62%)	31 (77,5%)	18 (45%)
- нарушения суждений	24 (24%)	16 (40%)	12 (30%)
- нарушения личностного функционирования	44 (44%)	32 (80%)	-
- расторможенность	26 (26%)	20 (50%)	-
- склонность к рассуждательству	18 (18%)	16 (40%)	-
- агрессивность	42 (42%)	19 (47,5%)	-
Б. Неврологические признаки:			
- шаткость походки	52 (52%)	40 (100%)	9 (22,5%)
- затруднения в стоячем положении	48 (48%)	29 (72,5%)	7(17,5%)
- смазанная речь	69 (69%)	34 (85%)	18 (45%)



- сниженный уровень сознания	24 (24%)	28 (70%)	2 (5%)
- покрасневшее лицо	38 (38%)	21 (52,5%)	14 (35%)
- инъекированность склер	22 (22%)	15 (37,5%)	7 (17,5%)
2. Синдром зависимости (F10.2)			
- наличие тяги к алкоголю	100 (100%)	40 (100%)	-
- нарушенная способность контролировать прием алкоголя	100 (100%)	40 (100%)	-
- состояние абстиненции	100 (100%)	40 (100%)	-
- проявления толерантности	100 (100%)	40 (100%)	14 (35%)
- нарастающее забвение альтернативных интересов	67 (67%)	34 (85%)	-
- продолжение употребления вопреки доказательствам вредных последствий	100 (100%)	40 (100%)	-
3. Синдром отмены алкоголя (F10.3)			
- тремор языка, век или вытянутых рук	48 (48%)	23 (57,5%)	-
- потливость	69 (69%)	36 (90%)	-
- тошнота или рвота	49 (49%)	27 (67,5%)	-
- тахикардия или гипертензия	63 (63%)	32 (80%)	-
- психомоторная ажитация	26 (26%)	14 (35%)	-
- головная боль	18 (18%)	11 (27,5%)	-
- бессонница	86 (86%)	35 (87,5%)	-
- чувство недомогания или слабости	94 (94%)	38 (95%)	-
- транзиторные галлюцинации	-	-	-
- судорожные припадки	-	-	-

Примечание. Больные с галлюцинациями и (или) судорожными припадками в абстинентных состояниях, а также с выраженными жалобами на боли в сердце, и в правом подреберье не включались в исследование. Синдром отмены изученных больных, таким образом, являлся неосложненным (F10.30).

Выяснение характера опьянения (F10.0) показало, что, в отличие от здоровых лиц, у больных чаще отмечаются такие признаки опьянения, как лабильность настроения, нарушения внимания, нарушения личностного функционирования. Кардинальным отличием больных является высокая частота у них измененных форм опьянения (расторженность, агрессивность, «лого-

рея»), которые не отмечены у здоровых. При этом измененное опьянение более свойственно больным с осознанием зависимости, как и неврологические симптомы в опьянении.

Известно, что по критериям МКБ-10 для диагностики синдрома зависимости (F10.2) достаточно 3-х признаков из обозначенных шести. На нашем материале 5 признаков



отмечались в 100% больных алкоголизмом, что обусловлено критериями включения: наличие сформированной 2-й стадии болезни – этапа полного развития зависимости. Лишь признак «нарастающее забвение альтернативных интересов» был недостаточно убедительным у части больных, причем он чаще констатировался в группе с осознанием зависимости. Что касается проявлений толерантности, то они наблюдались и у части здоровых потребителей алкоголя при отсутствии у них других симптомов зависимости.

Синдром отмены алкоголя (F10.3) рассматривался нами как подтверждение сформировавшейся физической зависимости от алкоголя. Примечательно, что все ее проявления наблюдались часто у больных обеих групп, но все-таки с более высокой частотой они констатировались в группе больных, осознающих свою зависимость.

Клинико-психотерапевтическое исследование

Б.Д.Карвасарский (2000) пишет, что при всем значении исследований в области «неврологии личности» выяснение генеза личностных особенностей требует одновременного анализа сложных явлений индивидуальной и социальной психологии личности (стр. 45). Этому способствует личностный подход в психотерапии, рассматривающий трансформацию личностных особенностей.

В нашей работе всем указанным выше 2672 больным проводилась личностноориентированная психотерапия (Мясищев В.Н., 1960;

Карвасарский Б.Д., 1982, 2000; Исурин Г.Л., 1995), в том числе – 140 больным, наблюдавшимся клинически и психотерапевтически дольше остальных больных. В результате удалось шире раскрыть личности в условиях длительного психотерапевтического взаимодействия. При этом выявлялись структурные и функциональные особенности личности, признаки отклонений от нормы в поведенческой когнитивной, эмоциональной и мотивационной сферах, динамика личностных заострений и других ее изменений. Важным было также выяснить истинное отношение к своей болезни и трансформацию симптомов зависимости в процессе лечения. Оценивались также изменения в межличностных отношениях.

Клинико-психологические исследования

Как следует из работ Ю.Ф.Полякова (1974), М.М.Кабанова и соавт. (1983), Б.В.Зейгарник (1999), С.Я.Рубинштейн (1999), В.М.Блейхер и соавт. (2002) и других специалистов в области клинической психологии, при изучении больных, прежде чем применять тесты и опросники, важно провести психологические исследования с помощью наблюдения и расспроса. При этом выясняются не симптомы и синдромы расстройств (как при психопатологическом исследовании), а состояние психических процессов и психологические механизмы их нарушения (патопсихология).

С помощью клинико-психологического подхода в нашей работе уточнялись система взглядов личности и ее жизненные позиции, лейтмотивы поведения и образа



жизни, структура внутренней картины болезни (ВКБ) и внутренней картины здоровья (ВКЗ), проявления сопротивления личности и ее психологические защиты, стратегии реагирования в болезни, особенности нозогнозиса, модели ожидаемых результатов лечения.

Как видно, клинико-психологические исследования были направлены на решение основных задач проведенной работы, дополняя собою клиническое и экспериментально-психологическое изучение изменений личности в сфере характера и когнитивной сфере, изучение трансформаций в лич-

ностных смыслах, в выявлении психологических механизмов зависимо-го развития личности. Близким к данным исследованиям было психологобиографическое изучение больных (Логинова Н.А., 1978; Гуськов В.С. и Голышева В.А., 1980; Jaspers К., 1997), в процессе которого выяснялись особенности формирования и развития личности, ее социализации и культурализации, реагирования в период важнейших событий в жизни и возможного изменения после них, специфичность переживаний по поводу «событий-впечатлений».

Литература

- Битенский, В.С., Херсонский, Е.Г., Дворяк, С.В. и др. Наркомании у подростков. – Киев: Здоровье, 1989. 211 с.
- Дереча, В.А. О видах и механизмах личностной зависимости. Оренбург: ОрГМУ, 2001. 120 с. 17.
- Дереча, В.А. Зависимость от психоактивных веществ и ее профилактика: практ. и учеб. пособие для педагогов, психологов, врачей, работников правоохранительных органов, родителей, журналистов. Оренбург: ОрГМУ, 2010. 170 с. 18.
- Дереча, В.А. Профилактика наркоманий и алкоголизма: учебное пособие для студентов факультета клинической психологии. Оренбург: ОрГМУ, 2013. 120 с. 19.
- Дереча, В.А. Психология и психопатология личности: учебное пособие для студентов медицинских вузов. Оренбург: ОрГМУ, 2009. 47 с. 20.
- Дереча, В.А. Человек в поисках острых ощущений: об алкогольной, наркотической, игровой и других видах зависимости личности и их профилактике. Оренбург: ОрГМУ, 2007. 91 с. 21.
- Дереча, Г.И. Личностные основы профилактики алкоголизма, наркоманий и других аддикций: учебное пособие. Оренбург: ОрГМУ, 2014. 248 с. 47 22.
- Дереча, Г.И. Психопатология и патопсихология расстройств личности у больных алкоголизмом личности: клинико-системное исследование. Оренбург: ОрГМУ, 2010. 150 с. 23.
- Дереча, Г.И. Система мотивации больных наркологического профиля на процесс реабилитации: метод. рекомендации для клин. психологов, психиатров-



- наркологов, психотерапевтов. Оренбург: ОрГМУ, 2008. 31 с.
- Карвасарский, Б.Д. Медицинская психология. Воронеж: НПО «Модэк». 2010. 272 с.
- Короленко, Ц.П., Завьялов, В.Ю. Личность и алкоголь. Новосибирск: Наука, 1987. 170 с.
- Мерлин, В.С. Личность как предмет психологического исследования. Пермь: ПГУ, 1990. 97 с.
- Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Бахрах-М. 2000. 672 с.
- Руководство по наркологии / Под редакцией Н.Н. Иванца. Т 1-2. М.: Медпрактика, 2002. 444 с.
- Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 2014. Т.1. 710 с.
- Сирота, Н.А., Ялтонский, В.М. Копинг-поведение как проблема наркологии. Вопросы наркол. 1996. №1. С. 76-82.
- Соловьёва, В.М. Алкогольная деформация личности / VI Всероссийский съезд психиатр. — Томск, 1990. Т.2. С. 181-182.
- Тхостов, А.Ш., Грюнталь, Н.А., Елшанский А.П. Структура самооценки больных опийной наркоманией Вопросы наркол. — 2001. № 5. С. 52-59.
- Gaughwin, M; Dodding, J; White, JM; Ryan, P. Changes in alcohol history taking and management of alcohol dependence by interns at The Royal Adelaide Hospital. Med-Educ. 2000 Mar; 34(3): 170-4.
- Frommer, J. / J. Frommer. Nervenarzt. 2003. - Vol. 1. - P. 23-29.
- Jaeger, TM; Lohr, RH; Pankratz, VS. Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. Mayo-Clin-Proc. 2001 Jul; 76(7): 695-701.
- Maes, M, Vandoolaeghe, E, Degroote, J, et al. Linear CT-scan measurements in alcohol-dependent patients with and without delirium tremens. Alcohol (United States), Feb 2000, 20(2) pi 17-23.
- Perreira, KM, Sloan, FA. Excess alcohol consumption and health outcomes: a 6-year follow-up of men over age 50 from the health and retirement study. Addiction 2002 Mar;97(3):301-10.
- Sayette, M. et al. Addiction. 2000. - V. 95 (suppl. 2.) - P. 189-210.
- Volkow, N. D. Drug Abuse and Mental Illness: Progress in understanding comorbidity. American Journal of Psychiatry. 2001. 158: 8: 1181-1183.
- Phillips, P., Johnson, S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol. 2001. 36, 6: 269-76.



Clinical-psychological and clinical-psychological peculiarities of patients with alcoholism

G.I. Deretcha¹, R. F. Aptikaeva², A. N. Beketov³, V. N. Telyatnikov³

¹ Orenburg state medical University; Department of psychiatry and narcology; Orenburg, Russia; e-mail: prof_derecha@mail.ru;

² Orenburg regional clinical narcological dispensary; stationary Department of medical rehabilitation for persons with narcological disorders; Orenburg, Russia;

³ Orenburg regional clinical narcological dispensary; branch; Novotroitsk, Russia; e-mail: byxnarkolog@mail.ru

Abstract. Purpose: to study the clinical, psychological and clinical-psychotherapeutic features of patients with alcoholism. Materials and methods: clinical-psychological, clinical-psychopathological and experimental-psychological. Results of the study: comprehensive studies of the personality of patients with alcoholism allow us to study personality changes in the sphere of character, the cognitive sphere, transformation in personal senses, revealing the psychological mechanisms of the dependent development of personality.

Keywords: personality, character, alcoholism, dependence, internal picture of disease, internal picture of health, narcology, personality-oriented psychotherapy

Cite as:

G.I. Deretcha, & R.F. Aptikaeva, & A.N. Beketov, & V.N. Telyatnikov (2019). Clinical-psychological and clinical-psychological peculiarities of patients with alcoholism. *Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry*, 1(3), 42-50. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3492285>



Эмоциональный интеллект и его развитие у подростков

Д.А. Самойлова

Оренбургский государственный медицинский университет; кафедра клинической психологии и психотерапии; г. Оренбург, Россия; e-mail: darsam@mail.ru

Аннотация. Данная статья посвящена раскрытию феномена эмоционального интеллекта с позиции зарубежных и российских ученых. Рассмотрен обзор трех групп методик, посвященных вопросу диагностики эмоционального интеллекта и основных способов его развития в подростковом возрасте.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, диагностика и методы развития эмоционального интеллекта, подростковый возраст.

Современные исследования указывают на то, что факт успешности индивида в обществе подтверждается во многих аспектах, не столько академическими, научными знаниями, уровнем общего интеллекта (IQ), сколько умением управлять собственным актуальным эмоциональным состоянием и предвидеть реакции окружающих, то есть эмоциональным интеллектом (EQ).

Современные представления об эмоциональном интеллекте

Понятие «эмоциональный интеллект» начинает рассматриваться из концепции социального интеллекта Э. Торндайка (1920), Дж. Гилфорда (1965) и Г. Айзенка (1995). Введение проблемы феномена эмоционального интеллекта исследователи также связывают с теорией множественного интеллекта Гарднера (2007), который разделил эмоциональный интеллект на два вида: внутриличностный и межличностный.

В настоящий момент зарубежные исследователи выделяют три основных научных подхода, направленных на изучение и развитие понятия эмоционального интеллекта

(далее ЭИ), а также на методы его диагностики и развития:

– как модель способностей Дж. Мейера и П. Сэловея (Mayer, Salovey, Caruso, 2012);

– как модель эмоциональных компетенций Д. Гоулмана (Гоулман, 2018);

– эмоционально-социальный интеллект (ЭСИ) Р. Бар-Она (Bar-On, 2006).

Дж. Мейер и П. Сэловей (Mayer & Salovey, 1997) обозначают ЭИ как способность перерабатывать информацию, содержащуюся непосредственно в эмоциях: способность индивида определять значение собственных эмоций, связи эмоций



друг с другом, продуктивное использование эмоциональной информации в качестве основного способа принятия решений. Исследователи выделили четыре компонента изучаемого феномена ЭИ: идентификация эмоций, использование собственных эмоций для повышения эффективности мыслительной деятельности, понимание собственных и чужих эмоций и управление ими. Каждый компонент непосредственно связан как с собственными эмоциями отдельной личности, так и с реакциями других людей.

Значение исследования Д. Гоулмана (Гоулман, 2018), было акцентировано на том, что ученый выявил наличие определенной связи между социальным успехом и эмоциональным интеллектом, при этом раскрыв значимость последнего феномена в социуме.

Р. Бар-Он (Bar-On, 2006) определяет ЭИ как все некогнитивные способности, знания и компетентность, представляющие индивиду возможность успешно справляться с различными жизненными ситуациями. Ученый выделил пять сфер эмоциональной компетентности: 1.

Познание самого себя как личности. 2. Навыки межличностного общения и взаимодействия. 3. Способность индивида к адаптации в социуме. 4. Управление стрессовыми ситуациями. 5. Преобладающее настроение.

В отечественной психологии наиболее известна концепция эмоционального интеллекта, разработанная Д.В. Люсиным (2004, 2009).

Автор раскрыл понятие ЭИ в качестве способности к пониманию и управлению как собственных, так и чужих эмоций. Способность к пониманию эмоций подразумевает, то, что субъект способен распознать ту или иную эмоцию, имеет возможность выявить наличие эмоционального переживания как у себя, так и у другой личности, способен качественно идентифицировать и вербализовать эмоцию, осознать причины, вызвавшие данную эмоциональную реакцию, и соответствующие последствия. Способность к управлению эмоциями заключается в том, что индивид может регулировать интенсивность и выраженность эмоциональных реакций.

Диагностика эмоционального интеллекта

Особую актуальность представляет система диагностики ЭИ. В основном преобладают зарубежные методы измерения (Newsome, Day, Cantano, 2000). Отечественные специалисты стараются адаптировать имеющиеся диагностические методики к российским условиям (Шабанов, Алешина, 2019).

В настоящее время выделяют три группы диагностических методик ЭИ:

1. Методики, направленные на исследование отдельных способностей, входящих в состав ЭИ;
2. Методики, основанные на процессе самоотчета и самооценки испытуемых;
3. Методики – «мульти-оценщики», которые заполняет не только испытуемый, но и 10-15 знакомых респонденту субъектов (так называемых «оценщиков»), про-



ставляющих баллы в соответствие с его уровнем ЭИ.

Например, многофакторная шкала ЭИ MSCEIT относится к первой группе методик. Была впервые представлена в 1999 году учеными Дж. Мейером, П. Сэловеем и Д. Карузо (Mayer, Salovey, Caruso, 2012). Методика MSCEIT оценивает способность в идентификации эмоции в лицах, культурных экспонатах, определяет собственные эмоции на основе последовательного выполнения заданий. Имеет вид письменного теста, включающего как верные, так и неверные варианты ответов. В русскоязычной версии тест содержит несколько видов задач, решаемых испытуемым: на распознавание эмоций, на умение описывать собственные эмоции, на понимание взаимосвязи различных эмоций, на способности управления эмоциями (Сергиенко, Ветрова, 2017).

К этой же группе методик, оценивающих способности личности, относится и «Шкала эмоциональной компетентности» Д. Гоулмана (Гоулман, 2018), включающая описание личностных характеристик. Автор в монографии «Работа и эмоциональный интеллект» выявил перечень из 25-ти умений, необходимых для достижения успеха индивида при общении с коллегами на работе, что нашло отражение в «360-градусной» шкале эмоционального интеллекта для деловых людей.

К группе методик, основанных на самоотчете и самооценке, относится EQ-i анкета, направленная на определение эмоционального коэффициента Р. Бар-Она (2006). Ученый впервые ввел понятие эмоцио-

нального коэффициента EQ в противовес классическому IQ.

Анкета Р. Бар-Она (Bar-On, 2006) была издана в 2008 году, переиздана в 2016 г. Существенным преимуществом данной методики является наличие детской версии (для тестирования детей и подростков от 6 до 18 лет).

EQ-i анкета Р. Бар-Она (Bar-On, 2006) измеряет пять основных компонентов ЭИ: внутриличностный (самоуважение), межличностный (сочувствие, ответственность), приспособляемость (способность адаптировать свои эмоции к изменяющимся условиям), управление стрессом (эмоциональная устойчивость и стрессоустойчивость) и общее настроение (оптимизм).

К методикам, основанным на самоотчете и самооценке, будет относиться опросник «ЭМИн», разработанный Д.В. Люсиным (Люсин, Ушакова, 2009).

В структуре ЭИ автор выделяет два «измерения»: способность к пониманию или управлению эмоциями и направленность на свои или чужие эмоции. На собственные эмоции направлен внутриличностный, на чужие – межличностный ЭИ.

Опросник включает в себя 46 утверждений, по отношению к которым испытуемому предлагается выразить степень своего согласия по 4-балльной шкале, и затрагивает все четыре вида ЭИ.

Одним из тестов «мульти-оценщиков» является Eі-360, созданный в 2000 г. доктором Дж.П. Паулиу-Фрай. В своем составе данный тест включает самооценку, оценку до десяти «оценщиков» (это может быть семья, сверстники, коллеги испытуемого). Данная методи-



ка полностью представлена в свободном доступе для каждого предполагаемого испытуемого. Это дает

возможность сравнить собственное восприятие ЭИ и восприятия его социумом.

Развитие эмоционального интеллекта у подростков

Большое значение в контексте нашего исследования имеет аспект развития эмоционального интеллекта, поскольку изучение данного явления теряет свой субъективный смысл без какой-либо возможности его совершенствования.

Зарубежные исследователи ЭИ (Райс, Долджин, 2012) обнаружили некоторые возрастные особенности развития этого качества. ЭИ имеет тенденцию возрастать по мере приобретения личностью жизненного опыта, пик его роста приходится на период юности и зрелости. Это подтверждает тот факт, что в детском возрасте уровень ЭИ заведомо ниже, чем во взрослом возрасте, и не может быть ему равен. В тоже время, это не означает, что формирование эмоциональных способностей нецелесообразно в детском возрасте.

Актуальность развития ЭИ прослеживается в дошкольном и младшем школьном возрасте (Новикова, 2019), поскольку именно в эти жизненные периоды происходит активное эмоциональное становление детей, совершенствование их самосознания, способности к рефлексии и децентрации (умения встать на позицию партнера, учитывать его потребности и чувства).

Существенную значимость приобретает диагностическая работа, направленная на развитие ЭИ в подростковом возрасте, отличающаяся повышенной сензитивностью и гибкостью всех психических процессов, формированием глубокого ин-

тереса к сфере своего внутреннего мира.

Подростковый возраст – это период, в котором межличностное общение становится особенно важным и приобретает статус ведущего типа деятельности.

В основе продуктивной реализации всех составляющих общения (коммуникации, интеракции, перцепции) ведущую роль имеет ЭИ, рассматриваемый учеными (Давыдова, 2011) в качестве способности осознавать, адекватно выражать свои эмоции, воспринимать эмоциональные реакции партнера по коммуникации, включать данную информацию в контекст межличностного взаимодействия.

Обеднение процесса межличностного взаимодействия, закрепление в современном социуме запрета на свободные эмоциональные проявления различного характера приводит к тому, что низкий уровень эмоциональной вовлеченности активизирует процесс утраты осмысленности, значимости происходящего, вызывает недоразвитие рефлексивных способностей, слабую структурированность и осознанность собственного внутреннего мира, склонность к алекситимии, формирует предрасположенность к психосоматическим заболеваниям (Холмогорова, 2006).

Предоставление недостаточного внимания обучению современных подростков качественному эмоциональному распознаванию и реагиру-



ванию может привести к возникновению различных патологий, связанных как с психической, так и с соматической сферой. Именно поэтому необходимым является своевременное обнаружение дефицита ЭИ и оказание профилактических вмешательств, направленных на его развитие.

В современно науке представлены два подхода, направленные на развитие ЭИ: работа напрямую, и работа, опосредованная через развитие взаимосвязанных качеств. На данный момент, современными учеными научно доказано, что на формирование ЭИ непосредственно влияет развитие таких личностных свойств, как эмоциональная устойчивость, положительное отношение к самому себе, внутренний локус контроля (выражение готовности увидеть причину происходящих событий в самом себе, а не столько в окружающих людях, случайных факторах) и эмпатия (как способность к сопереживанию). Таким образом, можно сказать, что развивая данные личностные качества у ребенка, можно повысить уровень его ЭИ.

Научные исследования, проведенные в странах Европы и США, свидетельствуют об успешности работы в данном направлении. По данным исследователя В.К. Загвоздкина, последователи многих школ США изучают науку о том, как самостоятельно справляться с личностными проблемами (self science), в рамках которой молодые ученые практикуются грамотно разрешать всевозможные ситуации – реагировать на собственный и чужой гнев, жалость, стыд. Данные обучающие занятия организуются в форме ро-

левых игр, бесед, обсуждений (Загвоздкин, 2008).

Сходная мысль прослеживается в публикации «Эмоциональный интеллект», изданной нашим соотечественником Д.В. Люсиным совместно с американскими психологами Р.Д. Робертсом, Дж. Мэттьюсом и израильским психологом М. Зайднером (Робертс, Мэттьюс, Зайднер, Люсин, 2004). Ученые приводят пример успешно внедренных на Западе научных программ, направленных на развитие эмоционального интеллекта у детей школьного возраста. По словам авторов Walberg, Zins & Greenberg (2003), данные программы дали положительные результаты, оказав «благотворное действие на психическое здоровье детей: среди школьников уменьшилось частота проявления антисоциального поведения, уменьшение злоупотребления алкоголя и никотина» (Zins, Weissberg, Wang & Walberg, 2004).

Затрагивая непосредственно напрямую работу с ЭИ, приходится констатировать, что русскоязычных программ пока не разработано. Хотя в отечественной практической психологии существует немало наработок в области эмоционального развития ребенка, повышения его рефлексии, эмпатии и саморегуляции.

Дополнительно важно отметить некоторые подходы и техники, направленные на развитие ЭИ не только с детьми, но и с подростками.

Для развития эмоциональной компетентности и овладения собственными эмоциональными реакциями очень важно совершенствовать процесс восприятия и давать качественную эмоциональную оценку действительности (Карпов, 2008).



Существует два основных способа восприятия окружающей действительности и воссоздания ее образа – ассоциированный и диссоциированный (Зарецкий, Холмогорова, 2017). Ассоциированный подход заключается в том, что индивид находится внутри переживаемой ситуации, имеет непосредственный доступ к собственным эмоциям. Диссоциированный метод позволяет оценить событие отстраненно, вследствие чего человек утрачивает тесную связь с чувствами и переживаниями, имевшими место в реальной ситуации (Коган, Семина, 2010).

Для того, чтобы перестать испытывать негативные эмоции и психический дискомфорт, многие специалисты рекомендуют диссоциироваться от тревожного, неприятного воспоминания (Scherer, 2003). Для этого нужно мысленно выйти из ситуации переживания и посмотреть на это событие со стороны. Просматривая в воображении фильм о самом себе, можно уменьшить яркость изображения, заменить цветные образы на черно-белые. В результате подобных действий неприятная ситуация постепенно переста-

ет волновать индивида, что позволяет впоследствии вернуться к ней и гармонично проанализировать все собственные действия.

Очень эффективна и обратная процедура ассоциирования непосредственно с наличием приятных воспоминаний. Каждый может вспомнить множество событий, которые были сопряжены с позитивными эмоциями и приподнятым настроением. Для того чтобы вернуть себе прежнее присутствие радостных воспоминаний, достаточно вновь погрузиться «внутри» некогда приятного события, рассмотреть его и постараться пережить те же эмоции, что и на тот момент (прием визуализации). Ассоциирование может помочь и при построении коммуникаций с другими людьми. Так как в процессе взаимодействия многие события ассоциируются только с неприятными деталями, взаимодействие с партнерами по общению иногда вызывает отторжение. Если осуществить противоположное действие и ассоциироваться в общении с приятными чувствами, можно обнаружить рядом приятных единомышленников.

Заключение

Выделяют несколько основных подходов, изучающих эмоциональный интеллект в российских и зарубежных исследованиях. В рамках каждого из подходов отражаются взгляды на методы диагностики и развития данного феномена.

Процесс развития эмоционального интеллекта является наиболее актуальным в подростковом возрасте, отличающимся особым дефицитом данного феномена.

Набор технических способов развития эмоционального интеллекта достаточно обширен. Выбор конкретного подхода и способов развития эмоционального интеллекта зависит в каждом отдельном случае от индивидуально поставленных целей и тех специалистов, которые непосредственно задействованы в работе.



Литература

- Айзенк, Г.Ю. (1995). Интеллект: новый взгляд. Журнал Вопросы психологии. (№1). 113-132.
- Гарднер, Г. (2007). Структура разума. Теория множественного интеллекта. М.(и др.): Вильямс. 501.
- Гилфорд, Дж. (1965). Три стороны интеллекта. Журнал Психология мышления. М. 397.
- Гоулман, Д. (2018). Эмоциональный интеллект. М.: АСТ МОСКВА. Владимир: ВКТ. 478.
- Давыдова, Ю.В. (2011). Эмоциональный интеллект: сущностные признаки, структура и особенности проявления в подростковом возрасте: автореф. дисс. канд. психол. наук. М. 22.
- Карузо, Д., Сэловей, П. (2017). Эмоциональный интеллект руководителя. Как развивать и применять. Спб: Питер. 320.
- Загвоздкин, В.К. (2008). Эмоциональный интеллект и его развитие в условиях семейного воспитания. Журнал Культурно-историческая психология. (№ 2). 97 - 103.
- Зарецкий, В.К., Холмогорова, А.Б. (2017). Мировая психология и педагогика в поисках теории развития, адекватной вызовам нашего времени: вперед к Выготскому. Журнал Консультативная психология и психотерапия. (Том 25). (№ 3). 170–175.
- Карпов, А.В. (2008). Психология эмоционального интеллекта: теория, диагностика, практика. Ярославль: ЯрГУ. 344.
- Коган, Б.М., Семина, Т.Е. (2010). Проблема диссоциации в психологии и психиатрии. Журнал Системная психология и социология МГПУ. 2 (1). 43-52.
- Люсин, Д.В. (2004). Социальный интеллект: теория, измерение, исследования. М.: Ин-т психологии РАН. 176.
- Люсин, Д.В., Ушакова, Д.В. (2009). Социальный и эмоциональный интеллект: От процессов к измерениям. М.: Ин-т психологии РАН. 351.
- Новикова, Л.М. (2019). Эмоциональный интеллект и его развитие у детей. <http://festival.1september.ru/articles/211278>
- Райс, Ф., Долджин, К. (2012). Психология подросткового и юношеского возраста. СПб.: Питер. 816.
- Робертс, Р.Д. (2004). Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике. Журнал Психология. (№ 4. Т. 1.). 3-26.
- Сергиенко, Е.А., Ветрова, И.И. (2017). Русскоязычная адаптация теста Дж Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT V2.0). М.: Смысл. 248.
- Сергиенко, Е.А., Хлевная, Е.А., Ветрова, И.И., Киселева, Т.С. (2016). Эмоциональный интеллект: русскоязычная версия. Журнал, посвященный международной конференции по когнитивной науке: Тезисы докладов. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 535-537.
- Холмогорова, А.Б. (2006). Теоретические и эмпирические основания психотерапии расстройства аффективного спектра. М. 228.



- Шабанов, С.В., Алешина, А.М. (2019). Эмоциональный интеллект. Российская практика. М.: «Манн, Иванов и Фербер». 427.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Journal Psicothema*. 18 (1). 13–25.
- MacCann, C, Roberts, R.D. (2008). New paradigm for assessing emotional intelligence: theory and date. *Journal Emotion*. Vol. (8). 540-551.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2012). The Validity of the MSCEIT: Additional Analyses and Evidence. *Emotion Review*. 4(4). 411–412.
- Newsome, S., Day, A.L., & Cantano, V.M. (2000). Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Journal Personality and Individual Differences*. 29. 1005-1016.
- Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Journal Imagination, Cognition, and Personality*. Vol. (9). 185–211.
- Scherer, K.R. (2003). Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. *Journal Speech and Communicat*. Vol. (40). 227-256.
- Thorndike, E.L. (1920). Intelligence and Its uses. *Harper's Magazine*. Vol. (140). 227-235.
- Zins, J. E., Weissberg, R. P., Wang, M. C., & Walberg, H.J. (Eds.). (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York: Teachers College Press.

Emotional intelligence and its development in adolescents

D.A. Samoilova

Orenburg State Medical University; Department of Clinical Psychology and Psychotherapy; Orenburg, Russia; e-mail: darsam@mail.ru

Abstract. The article is devoted to the consideration of the phenomenon of emotional intelligence from the perspective of foreign and Russian researchers. A review of three groups of methods for diagnosing emotional intelligence and the main ways of its development in adolescence is presented.

Keywords: emotional intelligence, diagnostics and methods of development of emotional intelligence, adolescence.

Cite as:

D.A. Samoilova (2019). Emotional intelligence and its development in adolescents. *Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry*, 1(3), 51-58. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3492289>



Пограничные нервно-психические нарушения в позднем возрасте

Е.Б. Чалая¹, В.Г. Будза¹, В.А. Чалый¹, И.В. Чалая²

¹ Оренбургский государственный медицинский университет. Кафедра психиатрии и медицинской психологии, г. Оренбург, Россия; e-mail: 261007@bk.ru

² Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница г. Оренбург, Россия

Введение

В позднем возрасте невротоподобные расстройства являются одними из наиболее часто встречающихся. Они занимают пограничное положение между сомато- и психогенными заболеваниями, экзо- и эндогенной патологией, органическими и функциональными поражениями нервной системы. Диагностика невротоподобных состояний в позднем возрасте представляет большие трудности, так как период инволюции протекает на фоне атеросклеротических, сосудистых, эндокринных нарушений (Авербух Е.С., Телешевская М.Э., 1976; Тибилова А.У. 1986;

Ушаков Г.К., 1987; Шахматов Н.Ф., 1996; Будза В.Г., Чалая Е.Б., 1996, 1997), а наступающие изменения в организме стареющего человека и его личности обуславливают изменение общей реактивности, что создает условия, способствующие развитию невротических расстройств. Данные обстоятельства обуславливают актуальность их дальнейшего изучения.

Цель: Уточнение особенностей генеза, клиники и течения невротоподобных состояний в позднем возрасте на современном общественно-историческом этапе.

Материалы и методы

Клинико-anamnestическим, клинико-психопатологическим, патопсихологическим методами обследовано 125 больных (70 женщин и 55 мужчин). 40 больных составили первую группу (климактерический

период - в возрасте 45-60 лет); вторая группа — 45 человек пресенильного возраста (60-70 лет); третья группа — 401 человек сенильного возраста (70 лет и выше).

Результаты

Установлено, что у больных климактерического возраста (первая группа) преобладали соматоформные расстройства и поведенческие

синдромы, связанные с физиологическими нарушениями. Приоритетным в этой возрастной группе являлся фобический син-



дром. У больных с сердечно-сосудистой патологией он проявлялся кардиофобией со страхом остановки сердца, инфаркта миокарда, а также генерализованными тревожными расстройствами, сопровождающимися паническими, атаками. Выявлена существенная роль психотравмирующих агентов (кризисное состояние общества, резкие экономические изменения со снижением уровня жизни, смена ценностей и идеологических представлений, межнациональные конфликты, вызывающие вынужденную миграцию с ломкой жизненных стереотипов, потеря работы) в возникновении и выраженности болезненных проявлений, что приближало невротоподобные расстройства к неврозам.

Во второй группе (пресениум) выявлены невротоподобные синдромы: депрессивный, ипохондрический, обсессивно-фобический. Они характеризовались стертостью клинической картины, малой динамичностью, склонностью к полиморфизму, «срастанию» с личностью, а также более выраженной органической окраской, что являлось отражением сосудистых и возрастных изменений. Установлена большая зависимость проявлений невротоподобных нарушений от динамики соматического состояния и различных внешних физиогенных факторов. Психотравмирующими факторами в этой возрастной группе являлись: актуализация прошлых событий, физический упадок, одиночество, ипохондрическая фиксация на старческих недугах, утрата социальной активности, в частности, выход на пенсию, а также социально-экономические факторы, отмеченные у пациентов первой группы.

Выраженность невротоподобных расстройств коррелировала со степенью тяжести и давностью основного заболевания. Депрессия у некоторых больных имела меланхолический оттенок, тревога проявлялась значительной выраженностью. Утяжеление депрессивной симптоматики, нарастание раздражительности было связано с ухудшением соматического состояния, которое можно было рассматривать как источник психотравмирующей ситуации. Усиление депрессии, в свою очередь, способствовало усугублению соматических расстройств и формировался психосоматический цикл, в котором психогенное и соматогенное выступали в форме то причины, то следствия.

В третьей (сенильной) возрастной группе преобладающим являлся, как и в предыдущей возрастной группе, депрессивный синдром. Выявлено еще большее звучание органических нарушений, что определялось нарастанием личностных изменений, с заострением и огрубением негативных черт характера, психической ригидностью. Психотравмирующие факторы, установленные у более молодых лиц, также являлись актуальными, но ведущими в жалобах больных выступали снижение материального уровня жизни, соматическое неблагополучие (старческие недуги), одиночество. Общим в клинической картине у всех больных являлось наличие выраженной психической астенизации. Невротоподобные расстройства характеризовались полиморфностью клинических проявлений, относительной их упрощенностью, часто возникающими психопатическими реакциями, представленными аффективной



неустойчивостью, не корригируемой раздражительностью, возбудимостью, агрессивностью, что отражало закономерности возрастного влияния. В ряде случаев можно было говорить также о психопатическом поведении с преобладанием в характере тормозимых, астенических черт, чаще связанных как с собственно физическим старением, так и болезненными соматическими нарушениями. Первоначальная зависимость неврозоподобных нарушений от физического состояния утрачива-

лась и объективное улучшение соматического статуса не уменьшало выраженности психопатологической симптоматики, а незначительные ухудшения самочувствия оказывали сильное психотравмирующее воздействие, вызывая тревогу, раздражительность, беспокойство, страх. Среди личностных изменений выявлены гипертрофированная реакция на любые мелочи, касающиеся здоровья, выраженный эгоцентризм и склонность к конфликтам, что затрудняло социальные контакты.

Обсуждение

Таким образом, установлено, что формирование неврозоподобных расстройств в позднем возрасте составляет этап в развитии возрастнo-органических изменений, а также обусловлено взаимодействием личностных особенностей, патологически измененной почвой (соматическая и неврологическая патоло-

гия), длительным воздействием индивидуальных и социальных стрессовых факторов. При длительном, хроническом течении соматических расстройств наблюдается стабилизация невротической симптоматики, усложняется структура психопатологического синдрома и развивается психопатизация личности.

Заключение

Полученные данные способствуют более глубокому пониманию становления и динамики, психопатологических особенностей клинической картины пограничных нервно-психических расстройств у больных позднего возраста, а также указывают на необходимость переори-

ентации и совершенствования терапевтической тактики, включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии, что окажет положительное влияние на динамику различных проявлений заболевания.



Borderline neuropsychiatric disorders of late age

E.B. Chalaya ¹, V.G. Budza ¹, V.A. Chaly ¹, I.V. Chalaya ²

¹ Orenburg state medical University", Orenburg, e-mail: 261007@bk.ru

² Orenburg regional clinical psychiatric hospital № 1, Orenburg, Russia

Abstract. It was established that the formation of neurosis-like disorders at a late age is a stage in the development of age-organic changes, and is also due to the interaction of personality traits, pathologically altered soil (somatic and neurological pathology), prolonged exposure to individual and social stress factors. With a long, chronic course of somatic disorders, stabilization of neurotic symptoms is observed, the structure of the psychopathological syndrome is complicated, and personality psychopathization develops.

Keywords: late age, neuropsychiatric disorders, stress, personality traits, neurological pathology.

Cite as:

E.B. Chalaya, & V.G. Budza, & V.A. Chaly, & I.V. Chalaya (2019). Borderline neuropsychiatric disorders of late age. *Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry*, 1(3), 59-62. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3492291>



Гендерные и клинические особенности диспансерного контингента одиноко проживающих психически больных позднего возраста

В.Ф. Друзь ¹, И.Н. Олейникова ², Е.Б. Чалая ¹, О.А. Демьянова ¹.

¹ Оренбургский государственный медицинский университет. Кафедра психиатрии и медицинской психологии, г. Оренбург, Россия; e-mail:

Osmirko88@mail.ru, 261007@bk.ru

² Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург, Россия

Введение

Постарение населения (Кишкун А.А., 2008) неуклонно ведет к увеличению психически больных позднего возраста (Гаврилова С.И., Калын Я.Б., 2009). Среди них доля одиноких составляет 1/3 (Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., 2000). Эти больные относятся к группе повышенного риска в отношении социальной дезадаптации (Барков И.Н., 1985), уровень которой, в частности, зависит от гендерных факторов (Друзь

В.Ф., Олейникова И.Н., 2015). Между тем специально гендерные особенности данного контингента больных и их связь с клиническими факторами не изучалась.

Цель работы: определение гендерных особенностей одиноко проживающих пожилых и старых психически больных, а также выявление их связи с клиническими факторами.

Этапы исследования

Работа проводилась в два этапа. На первом определялись клиническая структура диспансерного контингента одиноко проживающих психически больных позднего воз-

раста и их гендерные особенности. На втором – выявлялась связь между клиническими и гендерными факторами.

Результаты и обсуждение

На первом этапе обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся на двух участках психоневрологического диспансера, зарегистрированные на определенную календарную дату. Среди больных

значительно преобладали женщины. Их соотношение с мужчинами составило 3,7:1 (50 мужчин – 21,3% и 185 женщин – 78,7%). Возраст пациентов к моменту наблюдения варьировал от 60 до 86 лет, средний возраст $67 \pm 1,8$ года. Преобладали



больные пресенильного возраста (60-75 года). Их доля близка к 3/4 (71,1%), намного меньше было пациентов сенильного возраста (старше 75 лет) – немногим более 1/4 (28,9%). Более половины больных было в возрасте 60-69 лет – 126 человек (53,9%), около половины – в возрасте 70-79 лет – 96 человек (40,9%) и незначительная доля приходилась на пациентов в возрасте 80 лет и старше – 13 человек (5,5%). Продолжительность одинокого проживания варьировала 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 (119 чел. – 50,6%) и в позднем возрасте – 45 лет и старше (116 чел – 49,4%) заболело практически одинаковое количество больных. Длительность заболевания составила от 1 до 43 лет (в среднем $19,7 \pm 1,9$ года).

В нозологической структуре 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 четвертое места занимали пациенты с экзогенно-органическими (F06, F07 – 12,8%) и эндогенными аффективными (F31, F32 – 11,5%), значительно реже наблюдались больные эпилепсией (G40, F06, F07 – 4,2%). Еще 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 для течения психических расстройств и социальной адаптации у больных преклонного возраста имеет соматическое состояние, мы исследовали его. У половины больных наблюдалась умеренно выраженная декомпенсация (49,4%), реже отмечались компенсация и субкомпенсация (28,9%), а также выраженная и тяжелая декомпенсация (21,7%), т.е. у более 2/3 больных (71,7%) имелась серьезная соматическая патология ($p < 0,001$).

На втором этапе исследования – выявление связи заболеваний с полом показало, что среди мужчин достоверно чаще встречались больные шизофренией (58% и 37,8%, $P < 0,01$) а среди женщин – больные сосудистыми заболеваниями (28,1% и 10%, $P < 0,001$) и психогениями (2,7% и 0, $P < 0,05$). Остальные нозологические формы отмечались примерно с одинаковой частотой (различия не достигали статистической значимости) у мужчин и женщин.

Сравнение синдромальной картины заболеваний у мужчин и женщин выявило достоверное различие только по невротическим и неврозоподобным синдромам, которые чаще отмечались у женщин (11,9% женщин и 2% мужчин, $p < 0,01$). В остальных случаях можно



говорить о тенденции к более высокому удельному весу больных с психопатоподобными, психоорганическими, апатобулическими состояниями и деменциями у мужчин и параноидными, депрессивными, невротическими и неврозоподобными у женщин.

Наметившаяся тенденция становится закономерностью при сравнении негативных и позитивных расстройств в целом: у одиноких мужчин преобладали дефицитарные (психопатоподобные, психоорганические, апатобулические и деменции - 64% против 43,7%), а у женщин – продуктивные (параноидные, депрессивные, невротические и неврозоподобные - 56,3% и 36% соответственно, $p < 0,01$). Это свидетельствует о доминировании более легкого регистра психических расстройств у одиноких женщин по сравнению с одинокими мужчинами.

Исследуя связь соматического состояния с полом, определили, что оно было лучше у мужчин: достоверно выше удельный вес больных с компенсацией и субкомпенсацией (42% мужчин и 25,4% женщин, $p < 0,05$) и ниже доля пациентов с умеренно выраженной декомпенса-

цией (53,5% женщин и 34% мужчин, $p < 0,05$). Больные с выраженной и тяжелой декомпенсацией в обеих группах встречались примерно с одинаковой частотой. Этот факт на первый взгляд противоречит установившемуся представлению о лучшем соматическом состоянии женщин, особенно одиноких, в позднем возрасте (Шахматов, 1996). Однако следует учесть, что продолжительность жизни мужчин меньше и многие из них не доживают до позднего возраста или, став одинокими повторно вступают в брак. Об этом свидетельствует в частности значительное преобладание в нашей выборке женщин (в 3,7 раза). В связи с этим можно предположить, что до позднего возраста доживают наиболее здоровые в физическом отношении мужчины, которые на этом этапе онтогенеза, будучи одинокими, сохраняют относительно удовлетворительное здоровье. Возможно, в этих случаях одинокий образ жизни не влияет отрицательно на соматическое состояние и даже оказывает протекторную роль, что вероятно связано с клиническим фактором – преобладание среди мужчин больных шизофренией с резидуальной симптоматикой.

Заключение

Таким образом, для одиноко проживающих психически больных позднего возраста характерно значительное преобладание женщин. Установлена связь клинических проявлений с гендерными показателями. Среди одиноких мужчин преобладали больные шизофренией и пациенты с дефицитарными синдромами. У одиноких женщин чаще

наблюдались сосудистые заболевания и психогении, а также продуктивные синдромы. Соматическое состояние было лучше у одиноких мужчин, чем у одиноких женщин.

Полученные данные необходимо использовать при разработке программы медико-социальной помощи одиноко проживающим психически больным позднего возраста.



Gender and clinical features of the dispensary living-alone geriatric psychiatric patients' contingent

V.F. Druz¹, I.N. Oleinikova², E.B. Chalaya¹, O.A. Demyanova¹

¹ Orenburg State Medical University. Department of Psychiatry and Medical Psychology, Orenburg, Russia; e-mail: Osmirko88@mail.ru, 261007@bk.ru

² Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1, Orenburg, Russia

Abstract. Lonely living mentally ill patients of a late age are characterized by a significant predominance of women. The relationship of clinical manifestations with gender indicators has been established. Among single men, patients with schizophrenia and patients with deficiency syndromes prevailed. Single women were more likely to experience vascular diseases and psychogeny, as well as productive syndromes. Somatic condition was better in single men than in single women.

The data obtained must be used when developing a program of medical and social assistance to lonely living mentally ill patients of late age.

Keywords: late age, schizophrenia, vascular diseases, gender differences.

Cite as:

V.F. Druz, & I.N. Oleinikova, & E.B. Chalaya, & O.A. Demyanova (2019). Gender and clinical features of the dispensary living-alone geriatric psychiatric patients' contingent. *Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry*, 1(3), 63-66. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3492293>



АНГЛОЯЗЫЧНЫЕ ССЫЛКИ НА СТАТЬИ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ РАНЕЕ В ЖУРНАЛЕ

Том 1. № 1

A.I. Erzin, & A.Yu. Kovtunenکو. (2019). Neurocognitive functions in successful aging. Part 1: The state of the art. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 1–18. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3484717>

A. I. Melehin. (2019). Changes in the cognitive component of the time perspective as a biopsychosocial indicator of the course of aging. Neurodynamics. journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 19–33. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3484725>

V.F. Druz, I.N. Oleynikova, & O.A. Demyanova. (2019). Loneliness state in mentally ill patients of later life. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 34–47. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3484742>

E. B. Chalaya, V. G. Budza, V. A. Chaly, I. V. Chalaya, & V. V. Tarabrina. (2019). Influence of motor disorders on the formation of attitude to the disease in post-stroke period. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 48–57. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3487183>

G. E. Rupchev, A. A. Alekseev, S. A. Belyaev, & V.D. Moskvina. (2019). The perception of contradictions in patients with schizophrenia and normal subjects. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 58–64. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3487397>

T.B. Irmukhamedov. (2019). Peculiarities of affective disorders in children with autistic disorders. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 65–68. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3487457>

I.N. Abrosimov. (2019). The problem of psychological adaptation of the patient to chronic somatic disease. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 69–76. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3487527>

I. A. Fedotov, D. A. Rudakova, & Ya. A. Antoshkin. (2019). Ethnocultural differences of attachment's styles and connected with them psychological defense mechanisms in the European and Asian populations.



Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 77–86. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3487639>

S. Zolotareff, E. Yu. Antokhin, & R. I. Palaeva. (2019). Effective Psychotherapy: concepts, strategies, practices. Presentation of psychotherapy based on Paul Diel's theory (Psychology of motivation). Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(1), 87–91. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3487713>

Том 1. № 2

A.I. Erzin, & A.Yu. Kovtunenکو. (2019). Neurocognitive functions in successful aging. Part 2: research of neuropsychological factors. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(2), 1–11. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488142>

A. I. Melehin. (2019). Specificity of the emotional component theory of mind in old age. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(2), 12–36. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488284>

G.I. Deretcha, R.S. Egorov, U.A. Unshikov, & N.A. Geraschenko. (2019). On systemic-functional personality traits and the dependencies predictors. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(2), 37–44. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488585>

A.Yu. Kovtunenکو, & A.I. Erzin. (2019). Reactive / proactive coping and early maladaptive schemas in dieting women. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(2), 45–59. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488635>

T.B. Irmukhamedov. (2019). Emotional features in children with autistic disorders. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(2), 60–64. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488703>

S.N. Nakvasina, R.I. Palaeva, E.Yu. Antokhin, & A.M. Shlafer. (2019). The relationship of aggression, auto-aggression and coping strategies with stress in adolescence. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(2), 65–75. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488783>

S. Zolotareff, E. Yu. Antokhin, & R. I. Palaeva. (2019). La psychologie de la motivation, une science fondamentale. Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry, 1(2), 76–92. <http://doi.org/10.5281/zenodo.3488859>



Процесс подачи, рецензирования и принятия статей

Все рукописи, присылаемые в журнал, должны быть отправлены в электронном виде (.docx формат) на адрес издательства (neurodynamicsjournal@gmail.com). Рукописи оформляются в строгом соответствии с требованиями, размещенными на официальной интернет-странице издания, а также в каждом выпуске журнала. Присланные материалы обычно отклоняются редакцией, если они демонстрируют грубые ошибки в оформлении.

Авторы по умолчанию согласны с тем, что их статьи публикуются в открытом доступе и распространяются по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International 

Журнал выходит **4 раза в год**. Примерный график публикации номеров:

- 1 номер** – 15 марта текущего года,
- 2 номер** – 15 июня текущего года,
- 3 номер** – 15 октября текущего года,
- 4 номер** – начало января следующего года.

Рукописи должны быть присланы не позднее, чем за 1 месяц до даты публикации следующего номера.

Этапы работы редакции с присланными статьями

Первый этап – анализ рукописи на элементарное соответствие формальным требованиям. Если в статьях имеются незначительные недочеты в оформлении, авторы будут оповещены о необходимости внести должные изменения в формат статей. При грубых несоответствиях статьи отклоняются автоматически без уведомления авторов.

Второй этап – после первичного одобрения редакцией рукописей, они проходят проверку на плагиат и неправомерные заимствования текста. Порогом прохождения данной процедуры является оригинальность текста рукописи **не менее 65%**.



Третий этап – проверка соответствия присланных статей тематике журнала, современным стандартам проведения научных исследований и общемировым тенденциям в клинической психологии и психиатрии, в том числе этическим нормам. Псевдонаучные материалы автоматически отклоняются, а авторы попадают в черный список издания.

Четвертый этап – рецензирование статей. Присланная рукопись направляется члену редакционного совета журнала или приглашенному внешнему рецензенту. Формат: слепое рецензирование одним рецензентом – ведущим специалистом по тематике конкретной статьи. При наличии замечаний со стороны рецензента им дается краткое заключение о возможности / невозможности публикации статьи с указанием четких рекомендаций. В финальной части экспертного заключения указывается один из следующих вариантов:

- статья не рекомендуется к публикации без возможности внесения каких-либо корректировок автором;
- статья может быть опубликована только после значительных правок в соответствии с указанными в рецензии замечаниями;
- статья рекомендуется к публикации только после исправления указанных элементарных недочетов;
- статья рекомендуется к публикации без изменений.

Обычно процесс рецензирования занимает не более 2 месяцев. После внесения требуемых рецензентом правок автор может повторно направить статью, согласовав этот процесс в отношении сроков публикации с редакцией журнала.

Пятый этап – верстка статей, формирование оглавления журнала, группирующего статьи в тематические рубрики, добавление водяного знака.

Шестой этап – присвоение уникального идентификатора цифрового объекта (DOI) каждой статье номера журнала, архивирование выпусков в системе [Zenodo](https://zenodo.org/).



Седьмой этап – публикация очередного выпуска журнала на официальной [странице](#), а также добавление в базы данных и индексы научного цитирования.



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	APA «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	От 7
Шрифт основного текста	Georgia, 12 размер
Поля страницы	Верхнее – 2, нижнее – 2, левое – 2,5, правое – 2,5
Абзацный отступ	1 см
Междустрочный интервал	1,15
Выравнивание текста	По ширине
Размер заголовков статей	18



Размер заголовков подразделов статей **16**
тей

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



Пример оформления статьи

Нарушения исполнительных функций у больных с первым эпизодом шизофрении

А.В. Рыбаков ¹, Е.Ю. Карташев ¹, Л.Ю. Павелко ².

1 Санкт-Петербургский государственный университет; кафедра психиатрии и наркологии; г. Санкт-Петербург, Россия; e-mail: 1917rybakov@gmail.com

2 Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б.Ганнушкина; 2 психиатрическое отделение; г. Москва, Россия; e-mail: sch777@gmail.com

Аннотация. Цель. тексттексттекст тексттексттекст тексттекст-
текст

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 текст-
тексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст
тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст
тексттексттекст.

Цель

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекстМ тексттексттекст текст-
тексттекст тексттексттекст.

Материалы и методы

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст текст-
тексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст
тексттексттекст тексттексттекст.



Результаты и обсуждение

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст текст-
тексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст.

Заключение

тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст тексттексттекст текст-
тексттекст 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 ¹, E.Yu. Kartashev ¹, L.Yu. Pavelko ².

¹ St. Petersburg State University; Department of Psychiatry and Narcology; St. Petersburg, Russia; e-mail: 1917rybakov@gmail.com

² Psychiatric Clinical Hospital № 4; 2 psychiatric department; Moscow, Russia; e-mail: 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.