

На правах рукописи

ЛЕБЕДЕВ Сергей Вячеславович



АДАПТАЦИЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ  
МЕТОДОВ ПСИХОДИАГНОСТИКИ И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ

19.00.04 - Медицинская психология (психологические науки)

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени кандидата  
психологических наук

Москва - 2004

Работа выполнена на факультете Психологии Московского Государственного Университета им. М.В. Ломоносова.

Научный руководитель: - кандидат психологических наук,  
доцент Ениколопов Сергей Николаевич

Официальные оппоненты: доктор психологических наук  
Коробейников Игорь Александрович  
доктор психологических наук,  
профессор Творогова Надежда Дмитриевна

Ведущая организация: - Санкт-Петербургская Государственная  
Педиатрическая Медицинская Академия

Защита состоится «4» июня 2004 г. в 15 часов на  
заседании Диссертационного совета Д 501.001.15 в МГУ им. М.В.  
Ломоносова по адресу: 125009 Москва, ул. Моховая, дом 11, корпус 5,  
аудитория 310.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ  
им. М.В. Ломоносова.

Автореферат разослан «28» апреля 2004 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета



(Балашова Е.Ю.)

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы.**

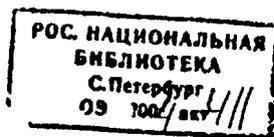
В качестве психического расстройства, деперсонализация проявляется в чувствах изменения, утраты, отчуждения своего "я". Явление деперсонализации у психически больных людей впервые было описано М. Крисгабером в 1873 году.

Состояния деперсонализации очень широко распространены как среди "нормальной" популяции (Castillo, 1990; Michelson and Ray, 1996; Sedman and Reed, 1963), так и среди людей, страдающих психическими расстройствами. Деперсонализация встречается в структуре большинства психиатрических расстройств (Frances et al, 1977), таких, например, как тревожные расстройства (Roth and Argyle, 1988; Stein and Uhde, 1989), ПТСР (Kluft, 1987; O'Toole et al., 1999; Sandberg et al., 1999), обсессивно-компульсивное расстройство (Torch, 1978), депрессия (Ross and Dua, 1993; Sedman, 1972), шизофрения (Дмитриева, 1998; Kluft, 1987) и т.д., в том числе и имеющих органическую природу (Michelson and Ray, 1996).

Объединяя феномены деперсонализации и дереализации в один ряд, Ясперс (Ясперс, 1997) приводит следующие основные черты этих переживаний: изменение осознания собственного наличного бытия, сознание потери чувства собственного «я», изменение осознания принадлежности "мне" тех или иных проявлений психического. При этом именно Ясперсу принадлежит идея систематизация деперсонализации как расстройства сознания. Это положение на настоящий момент остается весьма спорным.

Кроме работ по изучению деперсонализационной симптоматики в структуре психических расстройств различного генеза приведенных выше, следует отметить и исследование Акнера (Ackner, 1954), в котором приведена попытка поделить синдром деперсонализации на такие подтипы как «органическая» /деперсонализация/, «шизоидная», «истерическая», «депрессивная» и «связанная с напряжением».

На настоящий момент феномен деперсонализации остается одним из наименее изученных, как в мировой психиатрии, так и в отечественной. По словам Ю. Нуллера (Нуллер и Михаленко, 1988), деперсонализация является самым несогласованным психиатрическим термином. Его буквальный перевод — «обезличивание», или «утрата "Я"» — привел к тому, что отдельные психиатры вкладывали в него различный смысл и использовали для обозначений различных



психических нарушений. А.А. Меграбян, автор первой монографии «Деперсонализация» на русском языке, указывает, что при самой тяжелой деперсонализации больные подчеркивают, что им кажется, будто они потеряли свое «Я». Меграбян приводит слова Дюга, о том, что деперсонализация есть не потеря чувства «Я», а, наоборот, чувство потери «Я». Сам Меграбян считает более адекватным термин «психическое отчуждение».

Тем не менее, термин «деперсонализация» прочно вошел в обиход и, в его первоначальном значении, используется многими отечественными и большинством зарубежных исследователей. В практических руководствах и ряде обзорных статей (Sedman, 1970 цит. по Нуллер и Михаленко, 1988) деперсонализация чаще всего определяется как «ощущение нереальности» или потеря ощущения реальности, хотя в некоторых работах он применяется к нарушениям схемы тела, состояниям *déjà vu*, явлениям психического автоматизма.

В отечественной литературе термин «деперсонализация» также употребляется отдельными авторами в разном значении. В энциклопедическом словаре медицинских терминов, выпущенном в 1982 г., деперсонализация определяется более традиционно, как расстройство самосознания с чувством отчуждения некоторых или всех психических процессов. А в последнем издании справочника по психиатрии под редакцией А.В. Снежневского (Снежневский, 1985) деперсонализация определяется как «расстройство самосознания, чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего «Я», то есть значительно более широко. Эти терминологические расхождения затрудняют понимание и сопоставление результатов различных исследований, поскольку не всегда ясно, что именно тот или иной автор понимает под деперсонализацией и, соответственно, о каких больных идет речь..

Как было отмечено (напр. Нуллер и Михаленко, 1988), наличие деперсонализационного синдрома в качестве коморбидного расстройства может существенно снизить эффективность медикаментозной терапии основного заболевания. В то же время назвать деперсонализацию редким расстройством весьма трудно: как указано в (Kaplan and Sadock, 1988), приблизительно у 70% популяции отмечается в течение жизни отдельная деперсонализационная симптоматика.

Кроме того, с внедрением классификаторных принципов постановки психиатрического диагноза с опорой на классификации МКБ-10 (ВОЗ, 1992) и DSM-IV (APA, 1994), появился новый спектр трактовок деперсонализационного синдрома, часто противоречащих одна другой. Все это только осложняет клиницистам понимание границ расстройства, а отсутствие русскоязычных стандартизованных процедур измерения создает проблемы для точной диагностики деперсонализации в отечественной психиатрии (Лебедев, 2003).

Все вышеперечисленное обосновывает актуальность разработки методического инструментария для измерения деперсонализационных состояний.

**Цель** исследования состояла в анализе феноменологии деперсонализационного расстройства (Меграбян, 1959, 1962, 1978; Нуллер и Михаленко, 1988; Sierra and Berrios, 2001; Simeon et al., 1995, 2000, 2001 и др.) и в адаптации адекватных структурированных процедур его измерения.

### **Задачи исследования**

1. Провести анализ феноменологии деперсонализации
2. Адаптировать Кембриджскую Деперсонализационную Шкалу (CDS, Sierra and Berrios, 1996), Шкалу Тяжести Деперсонализации (DSS, Simeon et al., 2001), Диссоциативную Шкалу (Dis-Q, Vanderlinden et al, 1993), Шкалу Соматоформной Диссоциации (SDQ-20, Nijenhuis et al., 1996).
3. Провести психометрический анализ и определить область применения комплекса методов исследования деперсонализации.

### **Материалы и методы исследования.**

Исследование проведено на клинической выборке больных с основными диагнозами «шизофрения» (F20.6, F20.8) и «шизоаффективное расстройство» (F25.0, F25.1, F25.2) (N = 72, средний возраст 38,5). В качестве контрольной выборки выступили здоровые испытуемые (N = 310, средний возраст 31,4).

В исследовании применялись следующие методы:

1. Кембриджская деперсонализационная шкала (CDS, Sierra and Berrios, 1996).
2. Шкала Тяжести Деперсонализации (DSS, Simeon et al., 2001).
3. Диссоциативная Шкала (Dis-Q, Vanderlinden et al, 1993).

4. Шкала Соматоформной Диссоциации (SDQ-20, Nijenhuis et al., 1996).

5. Опросник Конструктивного Мышления (СТИ, Epstein, 1987), который был адаптирован на русском языке и стандартизован в 2000 г. (Lebedev and Enikolopov, 2002<sup>ab</sup>).

6. Методика диагностики уровня эмпатических способностей (Бойко, 1996).

7. Методика «Субъективная минута».

Для математической обработки полученных данных был использован статистический пакет SPSS 11.0.1.

### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Психометрический анализ комплекса психодиагностических методик позволяет очертить области их применения в исследованиях деперсонализационных расстройств.

2. Для больных шизотипическими расстройствами наиболее характерными проявлениями деперсонализационного расстройства являются парциальные симптомокомплексы «эмоционального оцепенения».

3. Одним из важнейших дифференциально-диагностических критериев деперсонализационных расстройств является критичность больных.

### **Научная новизна исследования:**

Адаптированы и апробированы Кембриджская Деперсонализационная Шкала (CDS, Sierra and Berrios, 1996), Шкала Тяжести Деперсонализации (DSS, Simeon et al., 2001), Диссоциативная Шкала (Dis-Q, Vanderlinden et al, 1993), Шкала Соматоформной Диссоциации (SDQ-20, Nijenhuis et al., 1996). Психометрический анализ данных методик, а также Опросника Конструктивного Мышления (СТИ, Epstein, 1987), Методики диагностики уровня эмпатических способностей (Бойко, 1996) и методики «Субъективная минута» позволил определить границы их применения в рамках диагностики деперсонализационных расстройств. Кроме того, в ходе проведенного исследования было показано, что использованные методики обладают различным диагностическим потенциалом в отношении изучения деперсонализационных расстройств.

Кембриджская Деперсонализационная Шкала CDS может быть использована для первоначального сбора данных в условиях клинических стационаров, для выделения характерных деперсонализационных симптомокомплексов и для дифференциации больных с разными формами деперсонализации.

Шкала Тяжести Деперсонализации DSS может быть использована в целях скрининга на больных с трудностями в импрессивной речи и нарушениями внимания.

Диссоциативная Шкала Dis-Q не может быть использована ни в прикладных, ни в научных исследованиях.

Шкала Соматоформной Диссоциации SDQ-20 может быть использована для скрининга конверсионных расстройств в популяционных исследованиях и др.

Шкала уровня эмпатических способностей не может быть использована ни в научных, ни в клинических исследованиях.

Процедура «Субъективная минута» может быть использована для исследования нарушения чувства времени у больных разными формами нозологии.

Опросник Конструктивного Мышления CTI может быть использован для определения уровня эмоционально-личностной декомпенсации и уровня критичности.

Кроме того, было показано, что наиболее типичными проявлениями деперсонализации для больных шизотипическими расстройствами являются парциальные симптомокомплексы «эмоционального оцепенения».

### **Практическая значимость исследования.**

Адаптированы и апробированы Кембриджская Деперсонализационная Шкала (CDS, Sierra and Berrios, 1996), Шкала Тяжести Деперсонализации (DSS, Simeon et al., 2001), Диссоциативная Шкала (Dis-Q, Vanderlinden et al, 1993), Шкала Соматоформной Диссоциации (SDQ-20, Nijenhuis et al., 1996). Часть из них может быть использована для диагностики отдельных составляющих деперсонализационного расстройства.

### **Апробация работы.**

Методологические основания для данной работы обсуждались на V конференции РПО, 2002, Москва; на международных

конференциях: Fifth Congress of the International Society for Cultural Research and Activity Theory, 2002, Amsterdam; 5<sup>th</sup> International Baltic Psychology Conference, 2002, Tartu; Thirty-First Annual International Neuropsychological Society Conference, 2003, Honolulu.

По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ, 2 статьи находятся в печати.

### **Структура и объем работы.**

Диссертация состоит из введения, трех глав, выводов, заключения, списка литературы из 170 наименований, 3 приложений. Основная часть работы изложена на 124 страницах. Работа содержит таблицы, иллюстрирована рисунками и диаграммами.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обосновывается актуальность темы диссертационной работы, формулируются цель, научная новизна и практическая значимость полученных результатов, излагаются положения, выносимые на защиту.

**В первой главе** проводится анализ научной литературы, в результате которого стало возможным очертить некоторый круг проблем, связанных с категорией деперсонализации.

1. Проблема феноменологии деперсонализации. Вслед за Ясперсом под деперсонализацией можно понимать определенные расстройства сознания. Составители классификации DSM-IV, описывая деперсонализацию, увлеклись экспланаторным подходом Крепелина, весьма популярным в США. Отчасти, поэтому деперсонализационное расстройство оказалось одним из вариантов диссоциативных расстройств. В классификации МКБ-10 (так же как и в DSM-IV) нет детального описания симптоматики деперсонализации. Однако, составители МКБ-10 не стали разводить дереализацию и деперсонализацию, а кроме того, особо подчеркнули различия между деперсонализацией и диссоциативными расстройствами. Тем не менее, во всех трех указанных систематиках отсутствует подробное феноменологическое описание синдрома.

Авторские концепции отечественных психиатров Меграбяна, Нуллера и английских клиницистов Sierra and Berrios, напротив,

базируются на традиционном дискриптивном подходе к заболеванию с перечислением всех наблюдавшихся когда-либо симптомов. Характерно то, что в исследованиях отечественных и европейских психиатров, проводившихся независимо, перечни приводимой деперсонализационной симптоматики весьма схожи. По всей видимости, именно эти концепции деперсонализационных расстройств, будучи наиболее развернутыми, в наибольшей степени отражают реальное многообразие форм заболевания. В данной работе под деперсонализационным расстройством понимается именно тот симптомокомплекс, который был описан в этих работах.

Что касается актуальности изучения деперсонализации, то по (Kaplan and Sadock, 1988) парциальная деперсонализационная симптоматика отмечается у 70% популяции. Кроме того, по данным Нуллера (Нуллер, Михаленко, 1988; Нуллер, 1997), больные эндогенными психозами с коморбидными деперсонализационными расстройствами обнаруживают высокую резистентность к традиционной фармакотерапии и более высокий риск суицида. Таким образом, относительно небольшое количество исследований в этой области характеризует, скорее, не их низкую практическую значимость, а сложность объекта исследования.

2. Проблема взаимосвязи диссоциативных расстройств и деперсонализации. Вследствие близости симптоматики одних и других расстройств подавляющее большинство клиницистов полагают, что деперсонализация является, как указано в DSM-IV, одним из вариантов диссоциативных расстройств. Как отмечено в работе, эта позиция феноменологически и исторически необоснована, поскольку традиционно, начиная с первой половины 20 в. и по сей день, деперсонализацию исследуют на моделях эндогенных больных, а диссоциацию - на больных с психогениями. Кроме того, одним из критериев, приводимых как в авторских концепциях деперсонализации (Меграбяна, Нуллера, Sierra and Berrios), так и в классификациях, который позволяет развести эти 2 группы расстройств, является наличие критичности у деперсонализационных больных. В диссертации рассмотрен вопрос о принадлежности деперсонализации к категории диссоциативных расстройств.

3. Проблема парциальной деперсонализационной симптоматики и множественности деперсонализаций. Как было отмечено в целом ряде работ (напр. Ackner, 1954), деперсонализационные

симптомокомплексы значительно отличаются в зависимости от основного расстройства (в случаях, когда деперсонализация им не является). Также было показано, что различные деперсонализационные состояния могут быть индуцированы самыми разными физиологическими нарушениями ЦНС. Таким образом, можно предположить, что деперсонализация не является гомогенным расстройством, а представляет собой гетерогенную группу разных парциальных симптомокомплексов. В данной работе, проводимой на пациентах, страдающих шизотипическими расстройствами, выделен характерный именно для этой группы больных симптомокомплекс.

4. Проблема измерения деперсонализации. Процедуры измерения в клинической психологии и психиатрии, разработанные в рамках той или иной теории, позволяют внедрять эту теорию всюду, где они /процедуры/ будут использоваться. До настоящего момента наиболее распространенными средствами для измерения деперсонализации являлись диссоциативные клинические шкалы, разработанные в рамках концепции диссоциативных расстройств DSM-IV. На русском языке единственными методиками, позволяющими измерить деперсонализацию, являются опросник DES (Bernstein and Putnam, 1986; Carlson and Putnam, 1993) и структурированное интервью SCID-D (Steinberg, 1994), адаптированные в ИП РАН (Агарков и Тарабрина, 1999, 2001). Однако эти методики созданы в идеологии классификации DSM, официально не применяющейся в отечественной психиатрии. Таким образом, в отсутствие структурированных методов сбора информации, накапливать ее и анализировать становится весьма сложно. В данном исследовании адаптированы и проанализированы современные англоязычные шкалы, позволяющие собирать информацию о состоянии деперсонализационных и диссоциативных больных, которые разработаны в рамках концепций деперсонализации и диссоциации, согласующихся с позицией классификации МКБ-10. Каждая из шкал была заявлена разработчиками как качественный инструмент для измерения отдельных сторон деперсонализационного расстройства. Кроме того, исследование адаптированных русскоязычных шкал позволяет проанализировать оправданность концепции DSM о близости феноменов деперсонализации и диссоциации.

**Вторая глава** посвящена разработке процедуры исследования и описанию батареи психодиагностических методик, использованных в исследовании.

В качестве материалов выступили оригинальные (англоязычные) версии следующих опросников:

1. Кембриджская Деперсонализационная Шкала (CDS, Sierra and Berrios, 1996). Эта шкала, состоящая из 29 утверждений о наличии тех или иных деперсонализационных явлений, оценивает их /явлений/ частоту, продолжительность и интенсивность как сумму частоты и продолжительности. Пункты шкалы составлены по итогам изучения описательной психопатологии деперсонализации (Sierra and Berrios, 1996, 1997, 1998, 2001) в работах исследователей и клиницистов 20 в. Шкала проводит различия между «ощущением нереальности» в разных модальностях и в областях проприоцепции и болевой чувствительности; между ощущением отсутствия мыслей, чувством неспособности вызывать образный ряд, качественными изменениями в субъективном чувстве памяти и изменениями схемы тела. Вместо общего вопроса об эмоциональном оцепенении, в шкале присутствуют утверждения об утрате привязанности, утрате способности получать удовольствие, потери страха в угрожающих ситуациях и об автоматическом мышечном выражении эмоций в отсутствие переживаний самой эмоции. Также в шкалу вошли вопросы об отдельных симптомах, таких как *deja vu*, микро- и макросии, ощущения выхода за пределы собственного тела и др., которые часто сопровождают деперсонализацию (напр. Denning and Berrios, 1994).

Шкала была переведена на русский язык, ее структура осталась без изменений. Как наиболее соответствующую представлениям о деперсонализации в европейской и отечественной психиатрических школах, ее было решено использовать в качестве эталона.

2. Шкала Тяжести Деперсонализации (DSS, Simeon et al., 2001). Эта шкала, задуманная психиатрами университета Mount Sinai, состоит из 6 вопросов и заполняется клиницистом со слов пациента. Вопросы зачитываются больному, и по поводу содержания каждого вопроса он отвечает, насколько часто имел место подобный эпизод в течение последних двух недель и насколько интенсивным он был. По мнению разработчиков, тяжесть состояния на самом деле как раз и

характеризуется частотой и интенсивностью протекания деперсонализационных эпизодов.

Для измерения чувствительности шкалы к изменениям в патогенезе заболевания, результаты, полученные при помощи DSS были прокоррелированы разработчиками с показателями, полученными при помощи шкалы CGI (Guy, 1976). Расчеты показали, что DSS достаточно чувствительна к изменениям в течение заболевания ( $p < .001$  при корреляции с подшкалой CGI-Change), а также значимо коррелирует с подшкалой CGI-Severity ( $p < .001$ ).

Шкала была переведена на русский язык. Инструкция шкалы была переделана таким образом, чтобы шкала заполнялась самим пациентом, поскольку в ином случае она была бы малоприменимой в отечественной психиатрии.

3. Диссоциативная Шкала (Dis-Q, Vanderhnden et al, 1993). Эта шкала из 63 утверждений со шкалированием по Лайкерту состоит из 4 подшкал, условно названных «Нарушение целостности я», «Потеря контроля», «Амнезия» и «Усиление концентрации внимания и памяти». Пул переменных шкалы был составлен из описаний пациентов, страдающих диссоциативными расстройствами в рамках концепции DSM-IV. Также в него вошли и некоторые вопросы (переформулированные) из трех существовавших на тот момент опросников, предназначенных для исследования диссоциации: DES, PAS (Sanders, 1986) и QED (Riley, 1988). Подобным образом было составлено 95 переменных. Они были предъявлены пятерым экспертам (психиатрам и клиническим психологам, специализирующимся на диссоциативных расстройствах) с тем, чтобы те оценили, насколько та или иная переменная способна описать диссоциативное расстройство. По итогам этой процедуры были удалены 26 вопросов. Как пишут исследователи, в ходе использования DES стало ясно, что испытуемым порой довольно трудно использовать неградуированную 100 мм ось для проставления своих ответов. По этой причине исследователи предложили использовать 5-балльную шкалу Лайкерта.

В результате факторизации опросника на выборке из 374 человек разработчиками были выделены 4 фактора: фактор фрагментации личности (деперсонализации), фактор потери контроля над поведением, мыслями и эмоциями, фактор амнезии и фактор

абсорбции (Varimax). Шесть вопросов были удалены по причине недостаточно высоких факторных нагрузок.

В ходе данной работы шкала была переведена на русский язык. К 63 смысловым переменным также были добавлены еще 10 утверждений из шкалы социальной желательности (MCSDS, Crowne and Marlowe, 1960), чтобы иметь представление о валидности получаемых с выборки результатов в рамках решения экспертной задачи. Поскольку, исходя из концепции диссоциации DSM-IV, на основе которой был создан этот опросник, деперсонализация является одним из вариантов диссоциации, было решено адаптировать опросники на деперсонализацию и диссоциацию параллельно на одной группе больных.

4. Шкала Соматоформной Диссоциации (SDQ-20, Nijenhuis et al., 1996). Эта шкала создана из пула в 77 утверждений, сформулированных в отношении клинических описаний соматоформных диссоциативных манифестаций в соответствии с концепцией Жана. Утверждения, характеризующие различные позитивные и негативные симптомы, оцениваются по 5-балльной Лайкертовской шкале. После предъявления в рамках процедуры экспертной оценки 6 независимым клиницистам, 2 переменные были удалены. Остальные вопросы были предъявлены выборке из 50 больных с диагнозом «Диссоциативное расстройство» и контрольной выборке из испытуемых с другими психиатрическими заболеваниями. В результате было показано, что 20 переменных являются дискриминативными, и они и составили итоговую шкалу.

В ходе ряда исследований разработчиками было установлено, что шкала SDQ-20 больше подходит для диагностики диссоциативных расстройств по МКБ-10, нежели чем по DSM-IV (Nijenhuis, 1999, 2002).

Шкала была переведена на русский язык, ее структура осталась без изменений.

Кроме того, были использованы следующие методики:

1. Опросник Конструктивного Мышления (СТИ, Epstein, 1987) был адаптирован на русском языке и стандартизован в 2000 г. (Лебедев, 2002; Lebedev and Enikolopov, 2002). Методика измеряет уровень конструктивного мышления в соответствии с теорией Эпштейна (Epstein and Meier, 1989 и др.) о связи между хорошо развитым конструктивным мышлением и устойчивостью к стрессу. Опросник

содержит в себе десять шкал, три из которых являются шкалами валидности. Опросник хорошо зарекомендовал себя, отвечая задачам как скрининговых, так и экспертных исследований. Было показано, что у людей с явными постстрессовыми расстройствами в большинстве случаев (у 85%) обнаруживается низкий уровень конструктивного мышления, а у людей с низким уровнем конструктивного мышления практически всегда (в 94%) имеют место постстрессовые расстройства. В настоящий момент опросник полностью стандартизован на выборке более 1500 человек, получены раздельные нормы для определения тендерных различий.

Конструктивное мышление, прежде всего, связано с опорой на принцип реальности. Характер этой связи особенно интересен у деперсонализационных больных, поскольку, как было указано выше, имеют место разногласия относительно сохранности критичности у таких больных. В том случае, если будет установлено, что критичность больных деперсонализацией относительно сохранна, можно будет подтвердить приведенную выше гипотезу Меграбяна относительно того, что деперсонализация суть не потеря чувства «я», а чувство потери «я».

В рамках теории Эпштейна, хорошее конструктивное мышление определяется как автоматическое мышление, облегчающее решение проблем в жизни в соответствии с принципом достижения максимума результата с минимумом затрат. Плохое же конструктивное мышление - это автоматическое мышление, помогающее добиться определенных результатов в решении ежедневных проблем, но за непомерно высокую плату в виде стресса для субъекта и дистресса для окружающих. Конструктивное мышление больше зависит от воспитания и меньше от врожденных факторов, нежели чем логический интеллект, и с последним никак не связано. Характеристики конструктивного мышления начинают закладываться еще в раннем детстве. Оно способно реагировать на прямой, либо опосредованный опыт, но никогда - на рациональные дискурсы.

В результате факторизации были выделены такие 6 факторов, как «Эмоциональное совладание», «Поведенческое совладание», «Категорическое мышление», «Эзотерическое мышление», «Наивный оптимизм», «Личностно-суверенное мышление». Из переменных с наиболее высокими показателями факторных нагрузок была создана Общая Шкала Конструктивного Мышления.

Люди, обладающие высоким баллом по общей шкале, прежде всего, способны дивергентно мыслить. Они умеют подстраивать свой способ мышления к требованиям ситуации. В основном они всегда оптимистичны, но бывают и пессимистичны в угрожающих ситуациях. Они стремятся контролировать ситуацию, когда это возможно и разумно, но готовы функционировать и в неконтролируемой ими обстановке. Конструктивно мыслящие люди принимают других такими, как они есть; в равной степени это характеризует и их отношение к самим себе. В неприятных ситуациях они не думают о других, как о «плохих» или «хороших», а стараются решить проблему. Чем лучше развито конструктивное мышление, тем в нем больше отражается способность к эмоциональному и поведенческому совладанию, и тем меньше в нем элементов эзотерического, категорического и личностно-суеверного мышления, а также наивного оптимизма.

2. Методика диагностики уровня эмпатических способностей (Бойко, 1996) была выбрана для оценки эмоциональной составляющей деперсонализации, указанной в (Нуллер и Михаленко, 1988). Дихотомические шкалы были изменены на 7-балльные шкалы Лайкерта для удобства математической обработки, а в остальном методика была оставлена без изменений.

3. Методика «Субъективная минута» (Зайцев и др., 1997) была выбрана в качестве инструмента для исследования расстройства чувства времени. В методике предполагаются 2 инструкции: на определение длины отрезка времени и на то, чтобы засесть отрезок времени определенной длины. Для каждой инструкции используются отрезки по 5 с (3 серии), по 20 и по 60 с.

В качестве клинической выборки выступили пациенты Московской городской психиатрической больницы №13 с основными диагнозами «шизофрения» (F20.6, F20.8) и «шизоаффективное расстройство» (F25.0, F25.1, F25.2) после тщательного изучения их историй болезни, поскольку выборку с диагнозом «деперсонализационное расстройство» обнаружить не удалось. Таким образом, основным критерием отбора было наличие эндогенного заболевания шизотипического круга («Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства»), малопрогредиентного, либо в ремиссии. Совместно с психиатрами была подобрана когорта больных (72 испытуемых; в анализ поступили данные о 53 испытуемых, возраст от

20 до 64 лет, средний возраст 38,5, 10 женщин, 43 мужчины), довольно близких по клинической картине болезни. Критериями для исключения являлись продуктивная симптоматика, выраженные когнитивные дефекты, наличие ризидуально-органических расстройств, чмт в анамнезе (сочетающаяся с ригидностью психических процессов) и остальные симптомы, снижающие критичность больных и искажающие способность отвечать на вопросы тестов. В качестве контрольных выборок были использованы выборки здоровых испытуемых (N = 310, возраст от 18 до 75 лет, средний возраст 31,4, 178 женщин, 132 мужчины). Этот шаг объясняется следующим образом: на настоящий момент в психиатрии нет единого мнения относительно феноменологии деперсонализационного расстройства. Несмотря на работы Меграбяна (Меграбян, 1959, 1962, 1978) и Нуллера (Нуллер, Михаленко, 1988; Нуллер, 1997), многие отечественные клиницисты используют систематику Ясперса (Ясперс, 1997), в которой деперсонализация отнесена к патологии сознания, а потому в исследовании отсутствовал так называемый «внешний критерий валидности», в роли которого, обычно, в клинических исследованиях выступает психиатрический диагноз. Поскольку классификация DSM-IV не применима в России, так как она не отвечает задачам отечественных психиатров, а классификация МКБ-10, как выяснилось, используется лишь номинально, однозначных клинических критериев деперсонализации, по существу, в настоящий момент не существует. Исходя из задач исследования создать клинические шкалы для измерения деперсонализации, была необходима точка отсчета. Поэтому пришлось в качестве контрольной группы использовать не больных, например, обсессивно-компульсивным расстройством, а выборку здоровых испытуемых, у которых уровень симптомов деперсонализации заведомо ниже. А как указывалось в (Kaplan & Sadock, 1988), деперсонализационная симптоматика распределяется непрерывно на всей популяции.

Каждому больному сперва предъявлялась Кембриджская Деперсонализационная Шкала (CDS), как наиболее детализированный опросник на деперсонализационную симптоматику. В том случае, если больной не обнаруживал указанных в шкале симптомов, его данные изымались из анализа и на этом исследование данного пациента прекращалось. Если же больной

отмечал наличие деперсонализационных симптомов, он заполнял остальные 5 опросников и участвовал в процедуре «Субъективная минута».

В дальнейшем данные подвергались обработке в статистическом пакете SPSS v.1 1.0.1.

**Третья глава** посвящена обсуждению результатов проведенного на выборках исследования.

Обработке были подвергнуты данные о 53 испытуемых из клинической выборки. Некоторые больные выбыли в ходе исследования по различным причинам.

На контрольных выборках для каждой из 4 новых методик были вычислены средний показатель ( $M$  - от mean score), стандартное отклонение ( $SD$ ) и критическая точка (cut-off point), равная  $M+SD$ .

Из выборки пациентов были отобраны 18 испытуемых (34%) с баллом выше нормы ( $M+SD = 48$ ) по шкале интенсивности CDS. Таким образом, было принято решение о разбиении всей когорты пациентов на низкую и высокую группы по уровню деперсонализационной симптоматики. В дальнейшем сравнивались 4 выборки (вся когорта больных шизотипическими расстройствами с контрольной группой, больные с  $CDS > 48$  с контрольной группой, больные с  $CDS = 48$  с контрольной группой и больные с  $CDS > 48$  с больными с  $CDS = 48$ ) на предмет различий с использованием статистического критерия  $Z$  Колмогорова-Смирнова.

Следом за этим были вычислены кросскорреляции между показателями по шкалам на выборках больных с  $CDS > 48$  и с  $CDS = 48$  с использованием статистического критерия Спирмена.

Кроме того, были исследованы отдельные психометрические показатели по некоторым из методик: был проведен анализ переменных (item analysis, расчет корреляции Пирсона между показателями переменных и суммарным тестовым показателем, item-total correlation); для методик, претендующих на наличие факторной структуры, был проведен факторный анализ; для некоторых методик был рассчитан показатель  $p$  (доля ключевых ответов на переменную теста).

#### 1. Кембриджская Деперсонализационная Шкала CDS.

Были обнаружены значимые различия между группами больных шизотипическими расстройствами и здоровых людей по всем трем шкалам опросника. Средние показатели шкал по выборке пациентов

клиники превосходят, приблизительно, в 1,7 раза средние показатели контрольной выборки.

При анализе показателей р обнаружилось, что у более чем 20 переменных они лежат в интервале от 0,2 до 0,8. По всей видимости, Кембриджская Деперсонализационная Шкала CDS является довольно чувствительным средством для измерения деперсонализационных расстройств, поскольку описывает весь спектр известной деперсонализационной симптоматики. С учетом слабостей такого типа шкал, CDS может применяться на первоначальных этапах исследования больных с целью обнаружения различной деперсонализационной симптоматики. Поскольку CDS создана на основе эклектической концепции Sierra and Berrios, она наиболее полно отражает взгляды различных психиатров на деперсонализационный симптомокомплекс. Исходя из этого, интерес может представлять не только исследование количественной составляющей, но и качественной. Дело в том, что граница 48 баллов разделяет не людей с наличием и отсутствием деперсонализации, а людей, входящих в низкую и высокую группы деперсонализации. Неверно полагать, что у человека с тотальным нарушением схемы тела, но с отсутствием остальной симптоматики, который наберет максимум 20-30 баллов, деперсонализация отсутствует. Перспективным может оказаться и изучение парциальных деперсонализационных симптомов, того, как они группируются и чему коморбидны. По-видимому, пациенты, набирающие на каждом утверждении шкалы по 2-3 балла и набравшие по 8-10 баллов лишь на одной четвертой шкалы (а на оставшихся трех четвертях поставившие ноль) должны изучаться порознь. Интенсивность их расстройства в числовом эквиваленте, быть может, и одинакова, но характер - принципиально различен.

На выборке больных шизотипическими расстройствами наиболее частыми оказались симптомы эмоционального оцепенения: больные чаще всего положительно отвечали на вопросы «Я не расстраиваюсь и не пугаюсь в тех ситуациях, которые обычно расстраивали или пугали меня» и «Я больше не получаю удовольствия от своих любимых занятий», а также на вопрос о парамнезии «Оказавшись в новой ситуации, я чувствую, что все происходящее мне уже знакомо», которая часто, по свидетельству Sierra and Berrios (2000), сопутствует деперсонализационному расстройству. Наиболее редкие симптомы,

так или иначе, связаны с отчуждением образа собственного тела: «Мне кажется, что я нахожусь снаружи своего тела» и «Чтобы убедиться, что у меня есть тело и что я настоящий, мне необходимо прикоснуться к себе». Можно предположить, что данная закономерность характеризует именно больных шизотипическими расстройствами, и на других группах больных с деперсонализационной симптоматикой можно обнаружить иную картину распределения частоты симптомов. В качестве подтверждения правомочности этой гипотезы можно рассматривать тот факт, что симптоматика эмоционального дефекта часто описывается и в картине шизофренического расстройства, однако, видимо в отсутствие осознания больным этой проблемы. Следственно, можно также предположить, что ведущие симптомы коморбидной деперсонализации в определенной мере обусловлены клинической картиной основного заболевания. Впрочем, это положение нуждается в дополнительном всестороннем исследовании.

## 2. Шкала Тяжести Деперсонализации DSS.

В ходе статистической обработки результатов исследования обнаружили значимые различия по данной шкале между «высокой» группой деперсонализации и остальными двумя группами («низкой» и контрольной). Этот факт косвенно указывает на высокую специфичность методики. Однако при анализе кросскорреляций переменных было обнаружено, что у пяти из шести переменных обнаруживается достаточно большая область наложения: коэффициент Пирсона превышает 0,6, что означает высокое семантическое сходство переменных, указывающее на ограниченность измеряемой тестом области критерия. Таким образом, чувствительность данной методики теоретически оказывается довольно невысокой, что вполне согласуется с вычислением параметра чувствительности при опоре на показатели CDS как на эталон.

Оставшаяся переменная же вообще практически ничего не измеряет, поскольку доля ключевых ответов  $r$  для нее не превышает 6%. Поскольку при диапазоне возможных значений переменных от 0 до 6, самый высокий показатель среднего по выборке больных шизотипическими расстройствами составил 1,57, а для четырех переменных он не превышает единицы, о высокой дискриминативности методики говорить также явно не приходится.

Все вышесказанное свидетельствует о следующем: данная шкала может быть использована в качестве довольно грубого инструмента оценки тяжести деперсонализационной симптоматики (в рамках концепции DSM-IV) в тех случаях, когда по каким-либо причинам нет возможности применять более точные процедуры и развернутые процедуры. Шкала Тяжести Деперсонализации DSS обладает относительно высокой специфичностью 93% если в качестве эталона применять Кембриджскую Деперсонализационную Шкалу CDS с намного более широким спектром симптоматики. Однако ее чувствительность в данном случае составляет всего лишь 62%, что довольно мало.

### 3. Диссоциативная Шкала Dis-Q.

Опросник был заявлен разработчиками как факторно-аналитический. Поскольку он им не является и не может являться, при попытке реплицировать факторную структуру в русскоязычном варианте на контрольной выборке переменные сгруппировались иначе. Кроме того, процент дисперсии, объясняемой выделенными факторами, оказался весьма невысок - всего 36%, что, безусловно, недостаточно. После попытки факторизовать опросник по результатам, полученным на выборке больных шизотипическими расстройствами, процент объясняемой факторами дисперсии поднялся до 49%, что, отчасти, связано с небольшим размером исходной матрицы. Так или иначе, несмотря на все еще низкий показатель объясняемой дисперсии, факторные оси были подвергнуты косоугольному вращению Direct Oblimin, что, тем не менее, не позволило реплицировать исходную факторную структуру.

Это указывает на то, что симптоматика, описанная шкалой Dis-Q, на российских выборках манифестирует иначе, нежели чем в Нидерландах и Бельгии (исследованные европейские выборки также составлялись из генеральной совокупности здоровых испытуемых). В целом, в этом нет ничего удивительного, поскольку, как говорилось выше, систематика диссоциативных расстройств в DSM-IV противоречит результатам клинических исследований. Поэтому нестабильность симптоматики не явилась сколько-нибудь неожиданной. Тем не менее, было решено все же исследовать шкалы, получившиеся в результате вращения факторизованной матрицы результатов на выборке больных шизотипическими расстройствами.

В ходе анализа частоты ключевых ответов на переменные теста стало ясно, что опросник состоит из 2-х групп переменных: первая группа описывает довольно тяжелые симптомы, которые напоминают синдром психического автоматизма и величина  $r$  для таких переменных довольно низка даже на исследованной выборке шизотипических больных. Вторая группа переменных описывает обычные человеческие слабости типа рассеянности и др. Типичным примером таких переменных является утверждение «Иногда я забываю, куда положил(а) свои вещи» с величиной  $r$  равной 0,85. Таким образом, испытуемые, набравшие высокие тестовые показатели на подобных переменных могут оказаться уравненными с теми, кто утвердительно ответил на вопросы типа «Иногда я слышу голоса в своей голове, которые говорят, что мне следует сделать или комментируют то, что я уже делаю», в связи с чем использование этого опросника лишено смысла.

#### 4. Шкала Соматоформной Диссоциации SDQ-20.

Как оказалось, для больных шизотипическими расстройствами соматоформная диссоциативная симптоматика несколько менее характерна, нежели чем для контрольной выборки. При этом, все же, больные высокой группы отмечают значимо более высокий уровень соматоформных нарушений, хотя, на контрольной выборке также удалось обнаружить людей с весьма высокими показателями по этой шкале. Так или иначе, у исследованных больных с завышенным показателем по SDQ-20 всегда обнаруживаются симптомы деперсонализационного расстройства.

Интеркорреляции между переменными подробно не изучались, так как, если принять на веру механизм символической соматизации, в каждом отдельном случае могут обнаружиться любые совпадения симптомов и любая корреляция между ними будет в определенной мере случайной.

Таким образом, можно утверждать, что соматоформные диссоциативные нарушения относительно редко встречаются у больных шизотипическими расстройствами, но при наличии у таких больных соматоформной диссоциации высока вероятность обнаружения и симптоматики, схожей с деперсонализационной. С другой стороны, те или иные ответы на вопросы шкалы еще нельзя приравнивать к наличию либо отсутствию какой-либо симптоматики. Вполне вероятно, что те немногие больные (5%), которые показали

ненормативно высокие результаты как по шкале CDS, так и по шкале SDQ-20, должны быть исключены из анализа, поскольку их слишком мало, а такие результаты выпадают из общей картины выборочных показателей.

5. Опросник Конструктивного Мышления (СП) и остальные методики.

Как оказалось, опросник CTI разводит выборки больных шизотипическими расстройствами и здоровых людей, прежде всего, по шкале Эмоционального Совладания. Средний показатель по данной шкале наиболее низок для группы деперсонализационных больных (с CDS > 48), но различия между этой группой и группой с CDS = 48 оказались незначимыми. Как обнаружилось, каждый второй больной эмоционально нестабилен и склонен слишком близко к сердцу принимать любые неприятности (что, приблизительно, в 3 раза превышает частоту встречаемости данной характеристики у здоровых испытуемых), а каждый третий при этом - не владеет умением принимать вовремя верные решения для успешного преодоления возникающих трудностей (что превышает тот же показатель у здоровых испытуемых, приблизительно, в 2 раза). В массе своей больные оказались критичными к своему состоянию, значимых нарушений мышления у них не выявлено.

Результаты эксперимента «Субъективная минута» показали, что нарушения чувства времени, как правило, не согласуются у больных шизотипическими расстройствами с остальной деперсонализационной симптоматикой. При сравнении полученных показателей со средними значениями из (Зайцев и др., 1997) обнаружилось, что до 20% испытуемых выпало за пределы нормы. Значимых различий между выборками больных с CDS > 48 и с CDS ≤ 48 не выявлено ни по характеру ошибок, ни по их величине.

Методика диагностики уровня эмпатических способностей была подвергнута тщательному анализу. Было решено, прежде всего, реплицировать факторную структуру опросника, показавшуюся сомнительной. После проведенной процедуры анализа переменных (корреляция Пирсона) и факторного анализа с косоугольным вращением (Direct Oblimin) стало очевидно, что, по крайней мере, на исследованной выборке, опросник ничего определенного не измеряет.

## ВЫВОДЫ

1. Кембриджская Деперсонализационная Шкала CDS, созданная на основе анализа деперсонализационной феноменологии, традиционно описываемой клиницистами, может быть использована для первоначального сбора данных в условиях клинических стационаров, для выделения характерных деперсонализационных симптомокомплексов и для дифференциации больных с разными формами деперсонализации. Шкала соответствует представлениям отечественных психиатров, разрабатывавших теорию деперсонализации, представлениям ведущих европейских специалистов в этой области и, в известной мере, критериям МКБ-10 (ВОЗ, 1992).

2. Шкала Тяжести Деперсонализации может быть использована в целях скрининга на больных с трудностями в импрессивной речи и нарушениями внимания.

3. Диссоциативная Шкала Dis-Q не может быть использована ни в прикладных, ни в научных исследованиях. Она оказалась всего лишь комплексом различных шкал, дающих весьма противоречивые результаты, что отражает сущность группы диссоциативных расстройств в DSM-IV.

4. Шкала Соматоформной Диссоциации SDQ-20 может быть использована для скрининга конверсионных расстройств в популяционных исследованиях, среди клинических групп различных нозологии, для профессионального отбора при добавлении шкал валидности и т.д. Эта шкала оказалась малоприменимой на группе эндогенных больных. Традиционные для соматической конверсии симптомы довольно редко встречаются у больных шизотипическими расстройствами.

5. Шкала уровня эмпатических способностей (в той редакции, в которой она была использована) не может быть применена ни в научных, ни в клинических исследованиях. Она оказалась набором никак не связанных один с другим вопросов. Она не поддается факторизации и не несет содержательной нагрузки.

6. Использование Опросника Конструктивного Мышления, уже зарекомендовавшего себя в качестве точного способа измерения в целом ряде исследований, показало, что, у представителей изученной выборки нет значительных искажений принципа реальности. Однако,

больные оказываются декомпенсированными за счет снижения уровня эмоционального совладания.

7. Использование процедуры «Субъективная минута» позволило показать, что нарушения чувства времени, как правило, не согласуются у больных шизотипическими расстройствами с остальной деперсонализационной симптоматикой.

8. Деперсонализация ни этиологически, ни феноменологически не связана с диссоциативными расстройствами.

9. Наиболее типичными деперсонализационными симптомами для больных шизотипическими расстройствами являются различные варианты «эмоционального оцепенения», такие как утрата привязанности к близким «людям, неспособность получать удовольствие и др. Наиболее редкими являются симптомы отчуждения образа тела.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Лебедев С. *Травма как причина для агрессивного поведения II Ежегодник РПО, Психология в системе наук (междисциплинарные исследования)*, Т.9:1, М., 2002.

2. Lebedev, S., Enikolopov, S. *Adaptation of the inventories that measure PTSD correlatives - IES by Horowitz and CTI by Epstein, Dealing with Diversity, Book of Abstracts, Fifth Congress of the ISCRAT, Amsterdam 2002.*

3. Lebedev, S., Enikolopov, S. *PTSD Investigation Methods, Psychology in the Baltics: At the Crossroads, Abstracts from the 5th International Baltic Psychology Conference, Tartu 2002.*

4. Лебедев С. *Психодиагностика деперсонализационных расстройств II Ежегодник РПО: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 2003 г., т. 5, СПб, Изд-во С-Петербур. Университета, 2003.*

5. Lebedev, S. *Russian Neuropsychologist Explores Cross-Cultural Assessment Issues, INSNet 2003, 12, 2-4.*

6. Лебедев С. *Стимульные ряды для методик изучения слухоречевой памяти: новая разработка II Вестн. Моск. Ун-та, сер. 14, Психология 2003,4,64-73.*

Объем 1,5 п.л. Заказ № 9. Тираж 100 экз.  
Типография ГНУ ВИМ  
109428 Москва, 1-й Институтский проезд,5





#10254