

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(**Н И У « Б е л Г У »**)

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
Кафедра общей и клинической психологии

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ
ПЕРЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ
РАССТРОЙСТВОМ**

Дипломная работа
студентки очной формы обучения
специальность 37.05.01 Клиническая психология
6 курса группы 02061203
Полуниной Анны Андреевны

Научный руководитель:
д-р псих. н., профессор кафедры
общей и клинической психологии
Запесоцкая И.В.

Рецензент:
Возняк И.В.

БЕЛГОРОД - 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. Теоретико-методологические основы изучения нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.	10
1.1. Анализ понятия временной перцепции и основные подходы к ее изучению	10
1.2. Клинико-психологические особенности пациентов с тревожно- депрессивными расстройствами	14
1.3. Нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.....	29
ГЛАВА 2. Эмпирическое исследование нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством....	34
2.1. Организация и методы исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.....	34
2.2. Анализ и результаты эмпирического исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.....	42
2.3. Разработка и апробирование программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством.....	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	69
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	76
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	82

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования определяется тем, что в современном мире депрессивные и тревожные состояния являются одной из важнейших проблем, которые зачастую воспринимаются как нормативное снижение настроения, познавательных процессов, двигательной активности, как возникновение тревоги, беспокойного чувства, негативных эмоций, связанных с ожиданием чего-то опасного. Особое влияние эти негативные состояния оказывают на личностные особенности больных, на их повседневную и профессиональную жизнь, на возможность принимать какие-то значимые решения. Адаптация и ориентация человека в окружающий мир при возникновении различных ситуаций огромную роль играет восприятие времени. Вопрос организации времени человека, его жизненного пути напрямую связаны с особенностями планирования в жизни своего времени.

В настоящее время наблюдается повышение интереса к изучению временного восприятия, личностной организации времени, а также к изучению наиболее распространенных заболеваний, таких как тревога и депрессия. Существенный вклад в изучение времени и временной перцепции внесли Б.И. Цуканов, В.Н. Мясищев, У. Джеймс, К. Левин, Ж. Нюттен и многие другие исследователи.

Уже античные мыслители рассматривали время как последовательные изменения (возникновение, становление, исчезновение), происходящие с определенной цикличностью и повторяемостью. Последующему изучению проблемы времени свои труды посвятили такие ученые и философы как А. Бергсон, Э. Гуссерль, П. Фресс, Б.И. Цуканов, В.Н. Мясищев, У. Джеймс, К. Левин, Ж. Нюттен, Т. Коттл, С.Л. Рубинштейн, Дж. Бойд, Ф. Зимбардо и многие другие.

Ежедневно человек сталкивается с проблемой времени. Время регулирует деятельность человека, это цикл нашей жизни, ее длительность, периоды, имеющие разное значение и смысл для человека.

В отечественной и зарубежной психологии делаются попытки изучения особенностей восприятия времени, его состава, структуры, возрастно-психологических особенностей в большей мере в раннем, дошкольном и подростковом возрасте, чем в поздних возрастах. Изучение особенностей восприятия времени в геронтологии осуществляется такими учеными как О.Е. Сурнина, Н.В. Антонова, Е.В. Лебедева, З.А. Киреева, S.K. Baum, R.L. Voxel, S. Gallagher, S. Lehnhoff, J. Uffink, J.H. Wearden, M. Wittmann и др.

Вопрос исследования временной перцепции разносторонне изучается отечественными и зарубежными исследователями в психологической науке многими направлениями, которые мало связаны между собой. Это исследования временной перцепции Ю.М. Забродина, Ф.Е. Иванова, Е.Н. Соколова, П. Фресса и др., исследования переживания времени Д. Гарбетте, Р. Кнапп и др., исследования временной перспективы Р. Кастенбаума, Дж. Нюттена и др.

Но они оказались отрезанными от целого исследовательского направления. Это направление изучало нейрофизиологические, психофизиологические особенности временной организации человека, которые были исследованы Н.Н. Брагиной, Т.А. Доброхотовой, Ю.М. Забродиным, А.В. Бороздиной, Н.А. Мусиной и др.

Временная перцепция в психологической науке рассматривается не как единый феномен, а как множество разнообразных явлений, реализующихся на таких уровнях психической активности человека как:

1. Психологический уровень характеризуется ускорением процесса метаболизма и восприятия течения времени, но происходит снижение непосредственной оценки времени у пациентов с анестезией внутренних органов.
2. Нейропсихологический уровень характеризуется сохранностью восприятия длительности, но снижением способности оперировать этими временными соотношениями у пациентов с кортикальными поражениями и нарушениями интеллектуальной деятельности.

3. Психологический уровень характеризуется сосредоточением психической деятельности на события прошлого у пациентов с психогенной депрессией, в то время как при эндогенных происходит изменение восприятия будущего.
4. Отсутствие смысла жизненных целей как первичного компонента характеризует личностный уровень.

Проблемой тревожно-депрессивного расстройства занимались А.Б. Смулевич, В.Н. Краснов, Turner, Beidel и т.д. Работы этих авторов в значительной мере способствовали изучению временной перцепции и тревожно-депрессивного расстройства.

Тревога и депрессия считаются наиболее распространенными заболеваниями в современном мире (А.Б. Смулевич, В.Н. Краснов, Р.Г. Оганов). Тревожно-депрессивные расстройства как одна их форм аффективных нарушений оказывает влияние на разные стороны психической деятельности человека, в том числе и на восприятие времени (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский).

Тревожно-депрессивные расстройства в настоящее время понимаются как нарушение аффективной сферы (Turner, Beidel, Costello). Патогенез данного заболевания, рассматриваемый с системных позиций, включает в себя как морфофункциональный (нейроанатомический, нейрофизиологический, нейрохимический) (В.Н. Сеницкий), так и патопсихологический (А.Б. Смулевич) компоненты [39]. В современном мире депрессивные и тревожные состояния являются одной из важнейших проблем, которые зачастую воспринимаются как нормативное снижение настроения, познавательных процессов, двигательной активности, как возникновение тревоги, беспокойного чувства, негативных эмоций, связанных с ожиданием чего-то опасного. Особое влияние эти негативные состояния оказывают на личностные особенности больных, на их повседневную и профессиональную жизнь, на возможность принимать какие-то значимые решения.

Однако в вышеперечисленных трудах не охватывается изучение временной перцепции у людей, имеющих тревожно-депрессивное расстройство, в связи с чем, мы можем сделать вывод, что данная проблема недостаточно разработана.

Исследование нейропсихологических механизмов временной перцепции дает возможность осуществлять диагностику и психологическую коррекцию временного гнозиса у больных тревожно-депрессивными расстройствами.

Проблема: каковы нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством?

Цель исследования: выявить нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

Объект исследования: особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

Предмет исследования: нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

Гипотезы исследования:

1. Нейропсихологическими особенностями временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством выступают: неустойчивый характер субъективного восприятия длительности временных интервалов; высокая событийная дискретность, низкая событийная интегрированность, неустойчивая хронологическая протяженность временной перспективы.

2. С использованием программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством возможна стабилизация эмоционального фона со снижением уровня тревоги и депрессии; оптимизация процессов субъективного восприятия длительности временных интервалов; повышение устойчивости хронологической протяженности временной перспективы.

В соответствии с целью исследования были определены следующие задачи:

1. Дать теоретический анализ особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством;
2. Провести клинико-психологическое исследование патопсихологического, нейропсихологического статуса больных с тревожно-депрессивным расстройством;
3. Выявить особенности субъективного восприятия длительности временных интервалов у больных с тревожно-депрессивным расстройством;
4. Исследовать особенности событийной реконструкции временной перспективы личности у больных с тревожно-депрессивным расстройством;
5. Разработать программу психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством, апробация данной программы на клиническом случае с оценкой ее эффективности.

Теоретической основой исследования стали:

Положения философии и психологии о феномене времени; теоретические подходы к изучению различных аспектов восприятия времени, представленные в работах отечественных и зарубежных исследователей (А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн, К.Г. Юнг, К.А. Абульханова-Славская, А.К. Болотова, А.А. Кроник и др.).

Научные труды Д.Г. Элькина и Б.И. Цуканова, направленные на изучение существования прямой связи между временной перцепцией и деятельностью человека.

Исследования отечественных и зарубежных авторов, рассматривающие проблемы временной перцепции на уровне переживания времени и представлений о нем (Е. И. Головаха, А. А. Кроник, С. Л. Рубинштейн, П. Фресс, Б. И. Цуканов, Д. Г. Элькин).

Концепция (У. Джемс, А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн, Л.А. Вайнштейн), рассматривающая временную перцепцию как длительность, скорость и последовательность существующих вовне событий, которая не имеет физиологического коррелята, но задействует в своем функционировании

деятельность различных видов анализаторов: кинестетических, слуховых, зрительных.

Культурно-исторический подход к формированию и развитию высших психических функций (ВПФ) Л. С. Выготского; теорию о системно-динамической локализации ВПФ и их уровневой организации А. Р. Лурия. Нейропсихологические исследования восприятия в норме и при патологии разного генеза Хомской Е. Д., Владимирова А. Д., Федоровской Е. А. Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К. и др.

В данных работах восприятие понимается как высшая психическая функция (сложноорганизованный психический процесс), содержащий динамические (временные, регулятивные) и структурные компоненты, за оптимальное функционирование которых отвечают нейропсихологические факторы. Рассматривается специфика восприятия времени в норме и при патологии.

Исследование А.Б. Смулевича, рассматривающее распространенность тревожно-депрессивных переживаний в популяции.

Исследовательские работы П.П. Солощенко, А.В. Федотовой, изучающие коморбидность тревоги и депрессии.

Выбор методов и конкретных методик исследования для получения необходимой информации осуществлялся в соответствии с целью и задачами настоящей работы.

В исследовании использовались следующие **методы**:

- организационные методы (сравнительный метод);
- эмпирические методы (эксперимент, психодиагностические методы);
- методы описательной статистики (непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена на основе пакета статистических программ «SPSS – 22.0»);
- интерпретационные.

В исследовании использовались следующие **методики**:

1. Клиническая беседа и наблюдение (Б.В. Зейгарник);
2. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) Zigmond A.S. и Snaith R.P.;
3. Шкала самооценки тревоги и депрессии У. Цунга;
4. «Субъективная оценка длительности времени» (SALT) И.В. Запесоцкой и Д.С. Селивановой;
5. Метод Событийной реконструкции временной перспективы личности В.Б. Никишиной;
6. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) (И.М. Тонконогий).
7. Опросник временной перспективы Ф.Д. Зимбардо;
8. Методика семантического дифференциала времени (Л.И. Вассерман).

Экспериментальная база исследования: исследование проводилось на базе ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», в нем принимали участие больные с тревожно-депрессивным расстройством в возрасте от 18 лет; в количестве 30 человек. В контрольную группу вошли условно здоровые испытуемые (30 человек), проходившие профосмотр в Областном психоневрологическом диспансере.

Практическая значимость работы. Полученные в ходе исследования нейропсихологических механизмов временной перцепции больных с тревожно-депрессивным расстройством позволяет осуществлять диагностику, психологическую коррекцию и восстановление.

Структура работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения, списка используемых источников (53 источника), включающая 9 рисунков и 15 приложений. Объем работы составляет 80 страниц машинописного текста.

ГЛАВА 1. Теоретико-методологические основы изучения нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

1.1. Анализ понятия временной перцепции и основные подходы к ее изучению

Проблема времени находится под пристальным вниманием человечества на протяжении всей истории. Уже античные мыслители рассматривали время как последовательные изменения, происходящие с определенной цикличностью и повторяемостью.

В своей работе П.П. Солощенко указывает на то, что в трактовке Аристотеля время есть «число считаемое, а не посредством которого считаем». Когда у нас самих мысли не изменяются или мы не отмечаем в своем сознании, что происходят изменения, нам не будет казаться, что прошло некоторое время [41].

Дальнейшему исследованию проблемы времени свои труды посвятили такие ученые и философы как А. Бергсон, Э. Гуссерль, П. Фресс, Б.И. Цуканов, В.Н. Мясищев, У. Джеймс, К. Левин, Ж. Нюттен, Т. Коттл, С.Л. Рубинштейн, Дж. Бойд, Ф. Зимбардо и многие другие.

Однако, по мнению Е.М. Вечкановой, если в начале длительного пути исследования времени учеными рассматривалась проблема переживания времени человеком, субъективность времени, специфика восприятия времени в зависимости от различных условий, то в дальнейшем это направление преобразовалось в исследование психологического времени личности, времени жизни и временной перспективы [5].

В психологии изучение проблемы времени осуществлялось в нескольких направлениях, которые фактически мало связаны между собой. К ним относятся классические исследования временной перцепции (Ю.М. Забродин,

Ф.Е. Иванов, Е.Н. Соколов, П. Фресс и др.), переживания времени (Д. Гарбетте, Р. Кнапп и др.), временной перспективы (Р. Кастенбаум, Дж. Нюттен и др.)

Но они оказались отрезанными от целого исследовательского направления. Это направление изучало нейрофизиологические, психофизиологические особенности временной организации человека, которые были исследованы Н.Н. Брагиной, Т.А. Доброхотовой, Ю.М. Забродиним, А.В. Бороздиной, Н.А. Мусиной и др.

Скорее всего, этот разрыв определялся тем, что первые направления были отнесены к изучению субъективного психологического времени, а вторые — к области, в которой исследовалась объективная временная организация самой психики.

В свою очередь, эти области были изолированы от изучения личностного времени — времени личностного развития, мотивации, динамики осознаваемого и бессознательного (П. Жане, Ж. Пиаже, К. Левин, Х. Томе и др.). Исследования, которые касаются изучения личностного времени, оказались в стороне от изучения конкретного жизненного пути, его специфических временных, биографических, событийных характеристик (Б. Г. Ананьев, П.Б. Балтес, Ш. Бюлер и др.).

Недостаточно связанной с особенностями жизненного пути оказалась возрастная периодизация Л.И. Божович, Д.Б. Эльконина и др. Осуществить сочетание жизненной и возрастной периодизации предпринял Б.Г. Ананьев. Социализация ребенка в пространстве-времени детства проведена Д.И. Фельдштейном.

К.А. Абульханова отмечает, что «не были раскрыты фундаментальные временные характеристики деятельности и временные особенности способов ее осуществления. И только отдельные исследования затронули некоторые временные характеристики деятельности (В.П. Зинченко и др.), временные условия или специфику отдельных профессий (Ш. Гадбуа, В.А. Денисов, Д.Н. Завалишина и т. д.), таких, как профессия медсестер, летчиков» [1, с.157].

Изучение проблемы времени в рамках психологической науки показало, что одним из сложных является вопрос о восприятии времени. При ориентации человека в окружающем мире и адаптации в различных ситуациях важна временная перцепция. Изучением восприятия времени человеком, занимались многие исследователи.

В. Whorf писал, что «в нашем восприятии времени и цикличности содержится что-то непосредственное и субъективное: в основном мы ощущаем время как что-то «становящееся все более и более поздним»» [52, с.157].

Э. Дюркгейм был уверен, что «индивидуальное восприятие обусловлено коллективными ритмами общества» [8, с.96].

А.С. Зайкова в своей работе указывает на утверждение Д. Майне: «восприятие времени сильно зависит от культуры» и что «исследования международных отношений, межкультурных контактов и межнациональные сравнения, не принимающие в расчет фундаментальные различия в восприятии времени, всегда будут приводить к неверным выводам» [12, с.35].

В жизни человека время рассматривается в двух аспектах: 1) соотношение индивидуального прошлого, настоящего и будущего; 2) возрастные параметры жизненного пути, единства хронологического, биологического, социального и психологического времени. Оба аспекта неразрывно связаны: у человека всегда остается в памяти прошлое, присутствует ощущение настоящего и представление о будущем, наиболее ясные — о ближайшем, наименее четкие — об отдаленном.

К.А. Абульханова описывает время как цикл, длительность, периоды жизни, имеющие разное значение и смысл для человека. Время является ценностью, т.к. нам удастся наполнить его глубоким содержанием и реализоваться в нем. Время универсально, имеет собственную структуру, которая в разных системах различна: в жизни человека структура времени — настоящее, прошлое и будущее [1].

Структура временных свойств психики человека, по мнению А.А. Ершова, определяется тем, что в её основе лежит реально переживаемая длительность.

Она связана с ходом собственных (биологических) часов индивида и определяет особенности его личного отношения к времени. У каждого из нас «заведены» личные биологические часы, свой темпоритм [9].

В.Г. Кузнецов указывает на существование биологического времени, которое протекает в живых организмах. В основе биологического времени лежит строгая периодичность физико-химических процессов, протекающих в клетках. Способность восприятия циклических колебаний геофизических факторов обуславливают биологическое время (суточная и сезонная периодичность электрического и магнитного поля Земли, солнечной и космической радиации и т.д.). Отсчет времени возможен на разных уровнях биологической организации [21].

Вопрос биологического времени был поставлен более 100 лет назад основоположником эмбриологии К. Бэр. В.И. Вернадский писал о пространственно-временной организации биологических процессов. Особо подчеркивал тесную связь с пространством, считает, что имеет смысл говорить о пространстве-времени живого организма, а не о пространстве и времени в отдельности. Ф. Чижек обращает внимание на то, что в разном возрасте нужно неодинаковое количество физического времени для совершения равной физической работы. Для примера отличия физического и биологического времени представляется календарный и биологический возраст человека. По мнению А.А. Артюниной, две формы времени (физического и биологического) не тождественны, утрачивается представление о специфике биологических систем при сведении биологического времени к физическому. В научной литературе приводится достаточно много свидетельств существенной изменчивости масштабов времени в психофизическом восприятии его течения человеком. Особенно это касается «сжатия» или «растягивания» времени при возникновении стрессовых ситуаций [3].

И.А. Хасанов при изучении проблемы практического введения в биологию понятия «биологическое время» ссылался на таких ученых, как G. Backman,

Ю.Н. Городилов, Т.А. Детлаф, Г.П. Еремеев, G. ten Cate, Lecomte du Noüy. Д.А. Сабинин, С. W. Thornthwaite, J. X. Fry, И.И. Шмальгаузен и др. [46].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в разные исторические эпохи у людей было разное отношение ко времени. Размышления о временной организации мира можно обнаружить в мифах, философских, исторических, физических, а также в психологических трудах. Бесспорен тот факт, что время существует объективно, изменно лишь представление о нем, субъективно его восприятие. В данной главе мы рассмотрели проблему времени, его структуру и формы. Изучив основные представления о времени, закономерности процесса восприятия, мы переходим к рассмотрению тревожно-депрессивного расстройства.

1.2. Клинико-психологические особенности пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами

В последнее время вопрос состояния человека с тревогой и депрессией имеет важное значение для клинической практики. Это можно объяснить тем, что увеличивается встречаемость указанных психических нарушений в популяции и их отрицательным влиянием на человека. Этот факт отражается в многочисленных клинических и фармакоэпидемиологических исследованиях, которые подтверждают социальную значимость этих нарушений.

А.Н. Гасилина в своей работе указывает на то, что разные теоретические направления отмечают взаимосвязь тревожности и депрессии, а также указывают на единство аффективных, когнитивных, физиологических и поведенческих компонентов [6].

Так, в работе Ю.А. Малютиной говорится, что «есть небольшое число специфических и дискретных эмоций, которые определяют суть аффективной человеческой экспрессивности» [24, с.69]. Например, в своей теории Izards выделяет 10 основных эмоций. Тревога и депрессия являются сложными

комбинациями этих основных эмоций. Отмечаются сходства по своему содержанию, но при этом существуют и различия по преобладающей эмоции. В состоянии тревоги преобладает страх, а в состоянии депрессии — печаль.

Другая концепция аффекта, которая касается взаимосвязи тревожности и депрессии, построена на идее отрицательной, негативной аффективности. Watson и Clark установили негативную аффективность как целый комплекс, содержащий широкую категорию отрицательных эмоциональных характеристик. Они создали двумерную модель аффекта с двумя ортогональными факторами: позитивным и негативным аффектом. Watson и Clark сделали вывод, то что этим двум нарушениям присущ элемент общего аффективного дистресса, однако есть факторы, специфичные для каждого из них. В соответствии с данной моделью общим элементом считается высокая негативная аффективность, в то время как депрессии характерна низкая позитивная аффективность, а тревожности — напряжение и гиперактивность [50].

Beck et al. предложили когнитивную модель рассмотрения тревожных и депрессивных нарушений. Основным в их концепции является система когнитивной избирательной организации и кодирования поступающей из окружающей среды информации. Данная избирательная обработка способна вызвать ряд ошибок при анализе информации. Непосредственно изменение информации, согласно мнению Clark и Beck, является первичной дисфункцией в состояниях тревожности и депрессии. С их точки зрения, тревожность и депрессию различает специфическое содержание плохо адаптированной системы. Искажения когнитивного процесса, при состоянии тревожности, вызывают мысли об угрозе и опасности, а при депрессии — о потере и неудаче [50].

По мнению М. Перре, аналогичный когнитивно-поведенческий взгляд на связь тревожности и депрессии состоит в идее «беспомощности — безнадежности» [29]. Этот взгляд основывается на теории безнадежности

депрессивного состояния, которая, в свою очередь, основана на известной и переформулированной теории «беспомощности» состояния депрессии. Данная теория названа депрессией беспомощности и представляет собой модель определенного типа депрессии. Беспомощность рассматривается как серьезная причина депрессии. Она определяется как негативное предвкушение очень ожидаемого исхода событий, помноженное на чувство беспомощности относительно своих возможностей изменить вероятный ход этих событий.

Итак, согласно этой концепции, безнадежность - это причина депрессии и она должна предшествовать депрессии.

Общие элементы и отличительные признаки тревожности и депрессии пытаются определить все эти теоретические подходы. Большая часть исследователей сходятся на том, что, с одной стороны, тревожность и депрессия имеют много общих черт, но, с другой стороны, могут быть разведены, учитывая ощущение безнадежности - беспомощности как причинную и временную связь между тревожностью и депрессией [6].

Наиболее распространенными и нормальными человеческими эмоциональными реакциями на стрессовые события, разочарования и утраты в жизни являются тревога и депрессия. Неудивительно поэтому, что они зачастую встречаются вместе, хотя в феноменологическом и филогенетическом отношениях представляют собой абсолютно разные явления.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра тревожно-депрессивное расстройство представлено под шифром F41.2- смешанное тревожное и депрессивное расстройство [25]. Эту рубрику следует использовать в том случае, когда присутствуют одновременно и тревожность, и депрессия, но ни одно из этих состояний не является превалирующим, а степень выраженности их симптоматики не позволяет при рассмотрении каждого поставить отдельный диагноз.

А.Б. Смулевич отмечает в своих работах, что депрессия является психопатологическим состоянием, и характеризуется сочетанием подавленного

настроения и снижения психической и двигательной активности с соматическими вегетативными симптомами [40].

В отечественной патопсихологии депрессия определяется как аффективное состояние, характеризующееся отрицательным эмоциональным фоном, изменением мотивационной сферы, когнитивных представлений и общей пассивностью поведения, т. е. снижением влечений, мотивов и волевой активности (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский).

Структурные элементы любой депрессии, по МКБ-10 [25], включают в себя:

1. Тягостное (угнетенное, тоскливое, тревожное) настроение;
2. Ослабление витальных стимулов (влечений, побуждений),
3. Расстройство чувства эмоционального участия и реагирования (апатия, ангедония, депрессивная дезактуализация);
4. Поляризацию сознания больного на телесном и психическом состоянии;
5. Пессимистическую направленность мышления (негативная оценка прошлого опыта с проекцией на будущее и утратой жизненной перспективы);
6. Обеднение личностной самооценки;
7. Снижение представления о ценности жизни;
8. Нарушение восприятия течения времени (замедление) и способности к адекватному прогнозированию событий;
9. Снижение продуктивности и уровня социальной адаптации.

Клиническая динамика и проявления депрессии на разных этапах отражают базисные расстройства вегетативной регуляции, витальных побуждений и аффекта (настроения). Аффект может выступать в виде уныния, печали, тоски, тревоги, бесчувствия или их сочетаний. Дефицит витальных побуждений проявляется множеством симптомов — от простой вялости, снижения влечений (аппетита, либидо и др.) и жизненного тонуса до состояния разбитости, потери энергии, окаменелости и полного бессилия [40].

Сомато-вегетативные расстройства обладают такими характеристиками как бессонница, частые ранние пробуждения, головные боли, нарушения периферического кровообращения (цианоз, холодные конечности), явления артериальной гипертензии, потеря аппетита со снижением веса тела, а также пониженным слюноотделением, сухостью языка (симптом В.П. Осипова) и других слизистых оболочек, а также кожных покровов, повышенной ломкостью ногтей и волос, задержкой месячных у женщин. Нередко встречается триада В.П. Протопопова, которая включает в себя расширение зрачков (мидриаз), тахикардия и спастические запоры. К витальным симптомам относятся также физические проявления тоски с тягостными ощущениями стеснения, дискомфорта или тяжести в области сердца, за грудиной или во всем теле, наиболее выраженные обычно в утренние часы. Типичным нарушением сна при депрессиях, по мнению П.Г. Андрух, являются ранние пробуждения, хотя нередко могут наблюдаться и трудности при засыпании. При полисомнографии обычно обнаруживаются укорочение латентного периода наступления парадоксальной фазы сна, уменьшение представленности медленноволнового сна в первые часы и ультрадианное перераспределение большей части парадоксальной фазы сна в первую половину ночи [2].

Изучая данную проблему в сфере мышления С.Н. Мосолов считает, что, помимо общей идеаторной заторможенности, трудностей в сосредоточении и крайней нерешительности, депрессию также определяет негативный или эгодистонический характер аффекта. Сюда же можно отнести пессимистическую или критическую оценку собственной личности, окружающего мира и будущего. Во многих случаях больные полностью лишены возможности проецирования себя в будущее, их жизненная перспектива утрачивается. У них отсутствует чувство ожидания и способность прогнозировать события из-за измененного ощущения времени [27].

Иным видом аффективных нарушений являются тревожные расстройства. Выделяют следующие типы тревожных расстройств: тревожное расстройство (тревожное расстройство, генерализованное тревожное расстройство,

паническое расстройство); обсессивно-компульсивное расстройство; реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации; простые и сложные фобии по современной классификации.

А.В. Федотова в своей работе указывает, что «тревога – это отрицательное эмоциональное переживание, обусловленное ожиданием чего-то опасного, имеющее диффузный характер и не связанное с конкретным событием. Клинические проявления тревоги разнообразны. Можно выделить две основные группы симптомов: психические и соматические. Психические симптомы тревоги включают в себя постоянное или периодически возникающее чувство тревоги, беспокойство по мелочам, ощущение напряжения и скованности, невозможность сконцентрироваться, быструю утомляемость, затруднения засыпания и поверхностный неглубокий сон, страхи (часто с формированием ограничительного поведения)» [44, с.59].

В структуре тревоги как синдрома С.Н. Мосолов выделяет три основных компонента: «субъективные ощущения (чувство диффузного опасения и тревожного ожидания), обусловленные ситуацией, вызывающей тревогу, т. е. собственно тревожный аффект или симптом тревоги. Поведение избегания (ограничительное поведение), под которым понимают действия или систему действий, направленных на устранение ситуации, вызывающей тревогу. Вегетативную и соматоформную симптоматику [27, с. 3].

Различная выраженность данных элементов в целостном синдроме предопределяет все многообразие тревожных состояний.

Типы тревожных расстройств, выделяемые в современной классификации: тревожное расстройство (тревожное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство); обсессивно-компульсивное расстройство; реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации; простые и сложные фобии.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР). ГТР достаточно широко распространено в популяции (до 5%) и общемедицинской практике (до 8%). Женщины в 4 раза чаще мужчин страдают ГТР. Чрезмерная, стойкая, не

ограниченная каким-либо определенным обстоятельством тревога, которую больной с трудом контролирует, длительностью не менее 6 мес характерна для ГТР. Тревога проявляется в опасениях за свое здоровье и жизнь, за жизнь и здоровье близких, в суетливости и невозможности расслабиться, в трудностях в сосредоточении внимания, в нарушениях сна, вегетативных и вегетативно-болевых феноменах.

Панические атаки. Такие крайние проявления тревоги как панические атаки довольно часто встречаются в практике кардиологов и терапевтов. Для них характерно: наличие не меньше 4-х за последние 4 мес приступов; повторяемость этих приступов; возникновение каждого последующего приступа без четких органических причин. как правило, приступ начинается внезапно с ощущения учащенного сердцебиения или перебоев в сердце, чувства внутренней дрожи и напряжения, нехватки воздуха, головокружения и неустойчивости, потливости, и все это проявляется на фоне полного здоровья. Тошнота, абдоминальный дискомфорт, послабление стула, подъем АД и обильное мочеиспускание в конце приступа характеризует панические атаки. Также характерна яркая эмоциональная аранжировка приступа. В первые приступы это страх смерти, или страх сойти с ума, или страх совершить какой-то неконтролируемый поступок. В последующие приступы этот страх несколько притупляется и трансформируется в какую-то конкретную фобию (например, потерять сознание и упасть, «умереть от инфаркта, как отец»). Приступы могут иметь разную длительность (от нескольких минут до получаса) и интенсивность, возникать в дневное и ночное время. Но многие пациенты испытывают страх ожидания нового приступа и начинают избегать тех мест, где приступы возникали в межприступный период. Это все приводит к развитию ограничительного поведения, социальной изоляции и, как следствие, социальной инвалидизации.

Тревожно-фобические расстройства. В работе Федотовой А.В. описаны фобические расстройства, для которых характерны навязчивый характер страха; четкость фабулы (кардиофобия, канцерофобия, страх удушья);

интенсивность и упорность течения; сохранение у больного критики к своему состоянию (осознается иррациональный характер страха); избегание ситуаций, вызывающих страх [44].

Наиболее часто приходится сталкиваться с такими типами депрессии как соматизированный, ятрогенный и дистимия.

Соматизированная депрессия (маскированная, вегетативная, амбулаторная, лавированная, скрытая, алекситемическая) проявляется в большом количестве самых разнообразных жалоб. Они могут проявляться в виде нарушений биологических ритмов (сонливость, бессонница), в форме алгий (цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии и т.д), в форме вегетативных и эндокринных расстройств (головокружение, кожный зуд, булимия, анорексия, дисфункция яичников и т.д.), в форме психопатологических расстройств (нарушение влечений, истерические реакции, асоциальное поведение). В целом, само депрессивное расстройство не осознается пациентом. Такие пациенты уверены в присутствии у них редкой, тяжелой, трудно диагностируемой болезни. Они настойчиво обращаются за медицинской помощью, настаивают на дорогостоящих, зачастую инвазивных, обследованиях.

Соматизированная депрессия – это диагноз, требующий полного обследования, но существует ряд дифференциально-диагностических признаков, позволяющие заподозрить ее раньше. Так например, жалобы больного не соответствуют характеру морфологических изменений, имеется четкая связь с биологическим ритмом (пациенты лучше чувствуют себя вечером); характерно ремитирующее течение и сезонность манифестации.

Лекарственные средства, в том числе антигипертензивные, нестероидные противовоспалительные, цитостатические препараты и др. могут быть причиной *ятрогенной* депрессии. Поэтому у таких пациентов необходимо тщательно собирать лекарственный анамнез.

Дистимия (хроническая депрессия) – хроническое состояние, характеризующееся подавленным настроением большую часть дня на протяжении более половины всех дней за последние два года. Критериями для

диагностики дистимии являются подавленное настроение и как минимум два из нижеперечисленных симптомов: сниженный или повышенный аппетит; нарушение сна или сонливость; низкая работоспособность и повышенная утомляемость; нарушение концентрации внимания; чувство безнадежности; заниженная самооценка. А.В. Федотова указывает, что легкая или умеренная депрессия, редкие суицидальные мысли, преобладание жалоб астенического круга и хронической боли (одна из самых частых жалоб) характерны для дистимии [44].

Существует много психологических и биологических теорий, объясняющих причины тревожных расстройств.

Психологические теории. Психоаналитическая теория, рассматривающая тревогу как сигнал появления неприемлемой, запретной потребности, или импульса (агрессивного либо сексуального), которые побуждают индивида бессознательно предотвращать их выражение. Симптомы тревоги рассматриваются как неполное сдерживание («вытеснение») неприемлемой потребности.

С позиций бихевиоризма, тревога, фобии первоначально возникают как условно-рефлекторная реакция на устрашающие или болезненные стимулы. В дальнейшем тревожная реакция может возникать и без стимула.

Когнитивная психология, появившаяся уже позднее, делает акцент на ошибочных и искаженных мыслительных образах, предшествующих появлению симптомов тревоги. Например, пациент с паническим расстройством может преувеличенно реагировать на нормальные телесные ощущения (такие, как легкое головокружение или сердцебиение), что ведет к усилению страха и тревоги, нарастающих до панического приступа. Биологические теории, рассматривающие тревожные расстройства как следствие биологических аномалий, связывают их с заметным увеличением продукции нейромедиаторов.

Возможно, за многие симптомы тревожности отвечает т.н. голубое пятно, которое расположено в стволовой части головного мозга. Заметный страх и

тревогу вызывает электрическая стимуляция этой области. Лекарственные препараты типа йохимбина, увеличивающие активность голубого пятна, усиливают тревожность, а препараты, снижающие его активность (бензодиазепины, клонидин и пропранолол), обладают противотревожным действием.

Большое количество пациентов, страдающих паническим расстройством чувствительны к едва заметному увеличению содержания углекислого газа в воздухе.

А.Б. Смулевич отмечал, что в традиционной отечественной систематике тревожные расстройства относятся к группе невротических (функциональных) расстройств (неврозов), т.е. к психогенно обусловленным болезненным состояниям, характеризующимся парциальностью и эгодистонностью многообразных клинических проявлений, осознанием болезни и отсутствием изменений самосознания личности [40].

Депрессия же может являться не только следствием болезни, но и результатом нарушения структуры личности, которое, в свою очередь, является одним из факторов, способствующих появлению депрессии. Одним из таких нарушений личности является избегающее расстройство личности. Личности с таким расстройством характеризуется высоким уровнем робости, застенчивости и нерешительности. Они стараются активно избегать социальных контактов. И в разнообразных социальных ситуациях испытывают скованность и дискомфорт. У таких личностей ярко выражены: чувство собственной неполноценности, страх перед критикой в их адрес, неодобрением и неприятием их. Еще одним фактором развития депрессии, являются тревожные расстройства. К главным признакам тревожных расстройств относят страх и тревогу. Также депрессивные состояния могут вызывать и другие болезни, такие как, СПИД, инсульт, диабет и другие.

В большинстве случаев, как и при, большинстве, других психических заболеваниях, точные причины возникновения депрессии не известны. На данный момент самой распространённой моделью объясняющей возникновения

депрессии является биопсихосоциальная модель. Она объединяет в себе биологические, психологические и социальные факторы, которые рассматриваются, исключительно, только в совокупности.

Биологические факторы включают в себя наследственность, но она не так велика, как при других психических заболеваниях. Также к этим факторам относят теорию нейромедиаторов, согласно которой, болезнь может начаться из-за уменьшения или изменения деятельности нейромедиаторов. Эндокринная система также входит в эту группу факторов.

Социальные факторы включают в себя разводы, безработицу, траур, потерю имущества и другие.

Психологические факторы возникновения депрессии включают в себя ряд разнообразных теорий, таких как психоаналитические, когнитивные, когнитивно-бихевиористские.

Согласно психоаналитической теории, депрессия возникает при потере значимого «другого», который при этом становится одновременно объектом любви и ненависти. В результате чего ненависть или гнев по отношению к утерянному человеку отрицается, что в свою очередь вызывает чувство вины, которое направляется во враждебность к себе. Помимо этого, разнообразные проблемы в межличностных отношениях могут способствовать развитию понижения самооценки, что приводит к депрессивному состоянию.

Когнитивные теории возникновения депрессии говорят, что человек, страдающий депрессией, развивает отрицательные мысли на трёх уровнях. Человек, согласно данной теории видит себя лишённым каких-либо достоинств и ни на что не годными людьми. Он видит окружающий мир жестким и вызывающим отвращение. Также чувствует безнадежность по отношению к будущему.

Когнитивно-бихевиористская теория гласит о том, что для депрессивного больного характерна «выученная беспомощность» и он не может справиться с тяжелой ситуацией.

Все эти и многие другие теории ещё раз показывают нам, насколько многогранна и сложна эта болезнь. Депрессия и тревога, по мнению многих авторов (А.Б. Смулевич, Ю.А. Малютина, М. Перре и т.д), – это заболевания, на появление которых влияет очень много факторов, и невозможно их анализировать, принимая во внимание только какой-то один из них [24; 29; 40].

Смешивание симптоматики тревоги и депрессии разной степени выраженности и участия характерно для клиники современных тревожно-депрессивных расстройств. Таким образом, клинической картиной тревожно-депрессивных расстройств, по мнению П.Г. Андрух [2], являются:

Симптомы депрессивного спектра:

Это типичный внешний вид больного — заметны небрежность и неухоженность в одежде и во всём облике. Черты лица приобретают характерный вид: уголки рта опущены, посредине лба пролегает глубокая вертикальная морщина. Человек реже моргает, плечи поникли; голова наклонена вперёд, так, что взгляд направлен вниз. Жестикуляция сведена к минимуму.

- снижение настроения;
- ангедония;
- снижение энергичности, приводящее к повышенной утомляемости и сниженной активности;
- сильная, даже при незначительном усилии, утомляемость;
- сниженная способность к сосредоточению и вниманию, снижение функции памяти;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- наличие идей виновности и уничижения;
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- наличие идей или действий по самоповреждению или суициду;
- нарушения ритма сна и бодрствования, проявляющиеся в сочетании раннего пробуждения и депрессивных мыслей, хотя иногда имеет место чрезмерная сонливость;

- состояние психомоторной заторможенности (замедленность движений, мышления) или же, наоборот, состояние ажитации (беспокойство, объективно выражающееся в безостановочной двигательной активности);
- отсутствие способности радоваться и наличия интересов;
- депрессивное мышление: мысли, относящиеся к настоящему: больной в любом событии видит только грустную сторону; считает, что ему ничего не удаётся и окружающие видят в нём неудачника; больной не чувствует уверенности в себе и к любому успеху относится скептически; представления о будущем: больной ожидает самого худшего, рисует безнадёжные перспективы, предвидит неудачи на работе, крах в семье и неизбежное разрушение своего здоровья, что сопровождается мыслями о самоубийстве и разработкой соответствующих планов; мысли, посвящённые прошлому: думая о прошлом, больного охватывает необоснованное чувство вины и самобичевания по незначительным поводам;
- биологические симптомы: потеря аппетита, снижение массы тела, запоры, утрата либидо, аменорея.

Симптомы тревожного спектра:

Характерный внешний вид человека, когда лицо выглядит напряжённым, брови сдвинуты; поза напряжённая; он беспокоен, часто вздрагивает; кожа бледная, обычно наблюдается потоотделение, особенно потеют руки, ноги и подмышки. Общее тревожное состояние отражает готовность к слезам, которая может поначалу навести на мысль о депрессии.

- привычное ощущение тревожного предчувствия;
- ощущение тревоги, которое вызывается определёнными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), являющиеся опасными;
- тревога бывает генерализованной и стойкой, однако не ограничивается определёнными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т. е. она является «нефиксированной»);

- В течение шести месяцев, по меньшей мере, больной часто ощущает выраженную напряжённость, беспокойство, опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере повседневной жизни;
- усиленное реагирование на любые неожиданности или действия, предпринимаемые с целью вызвать испуг;
- затруднение сосредоточения внимания, ощущение «пустоты в голове» из-за тревоги и беспокойства;
- постоянная раздражительность;
- затруднения засыпания из-за беспокойства;
- чувствительность к шуму;
- нарушение сна — невозможность быстрого засыпания, беспокойный кратковременный сон с частыми пробуждениями, отсутствие чувства отдыха утром, «кошмарные» сновидения;
- чувство головокружения, слабости, неустойчивости;
- страх сумасшествия, страх утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания;
- ощущение комка в горле или затруднения при глотании;
- ощущение «взвинченности», состояния на грани «нервного срыва» или психического напряжения;
- страх смерти; восприятие окружающих материальных объектов как «ненастоящих» либо ощущение отделённости от собственной личности или нереальности своего пребывания в данный момент в данном месте (дереализация и деперсонализация).

П.Г. Андрух [2] в своей работе ссылается на симптомы вегетативного спектра, проявляющиеся в усиленном сердцебиении; потливости; сухости во рту; затруднённом дыхании; в шуме в ушах; ощущении дискомфорта в грудной клетке; тошноте; в ощущении онемения или покалывания; в двигательном беспокойстве и неспособности расслабиться.

Высокий уровень коморбидности тревожных и депрессивных расстройств показан во многих исследованиях (J. Angst, A. Dobler-Mikola, C. Stavrakaki, B.

Vargo, W. Coryell в соавт., T.J. Me Clynn, H. L. Metcalf, H.U. Wittchen, C.A. Essau, N. Sartorius с соавт., D.A. Regier с соавт. и др.). Так например, по данным M. Hamilton, развернутая депрессивная симптоматика сопровождает тревожные расстройства в 83 % случаев, а частота встречаемости тревоги при рекуррентной депрессии составляет 96 %. В общей практике оказалась достаточно высокой распространенность и коморбидность различных тревожных расстройств и депрессии, диагностируемых по критериям МКБ-10 [25].

Какими бы не были причины высокой коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, с практической точки зрения, эти смешанные формы являются серьезной проблемой не только в связи с трудностями их диагностики и лечения, но и в связи с тем, что такие больные представляют более тяжелый контингент в социальном и клиническом отношениях.

В целом, по мнению С.Н. Мосолова, коморбидные тревожные расстройства и депрессия, а также смешанные тревожно-депрессивные формы представляют собой значительную часть больных как психиатрической, так и общей практики [27].

Таким образом, изучив тревожно-депрессивное расстройство, виды депрессии и тревоги, клинические проявления, механизмы возникновения, можем сказать, что тревожно-депрессивное расстройство является распространенным. На появление этого расстройства влияет очень много факторов, и невозможно их анализировать, принимая во внимание только какой-то один из них. Уровень коморбидности тревожных и депрессивных расстройств высокий, поэтому для клиники современных тревожно-депрессивных расстройств характерно смешивание симптоматики тревоги и депрессии разной степени выраженности и участия. Изучив основные представления о тревожно-депрессивном расстройстве, мы переходим к рассмотрению особенностей восприятия времени у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

1.3. Нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

Временная перцепция важную роль играет при ориентации человека в окружающем мире и способствует его адаптации в различных ситуациях.

Поиском и исследованием факторов, которые влияют на восприятие времени человека, занимались многие исследователи. Была найдена зависимость точности оценки времени от уровня интеллектуального развития испытуемых (А.А. Ершов) [9], от температуры тела и окружающей среды (С.В. Зими́на) [14]. Немалый практический интерес представляют исследования, в которых было изучено влияние психоэмоционального напряжения на точность оценки времени (К.В. Карпинский) [17]. Изучалось также восприятие времени типов личности, отличающихся высокой степенью психоэмоциональной напряжённости. Так исследовалась временная перцепция возбудимых личностей (Д.С. Селиванова) [39] и тревожных личностей (Е.А. Краснова) [20].

Изменения временной перцепции при депрессиях отмечались и подтверждались многочисленными примерами из клинической практики, которые касаются того, как больные описывают свои ощущения. Наиболее часто больные депрессиями ощущали, что время тянется, идет замедленно или даже останавливается; и только в некоторых случаях пациенты отмечали ускорение хода времени.

Типы личности, главной особенностью которых являются эндогенные аффективные колебания (гипертимический, гипотимический и циклоидный типы), поскольку настроение является фактором, значительно изменяющим восприятие времени человека представляют особый интерес для исследования. Известным фактом является то, что скорость течения событий воспринимается по-разному в радости и в печали. Возможно, это послужило одной из причин неослабевающего интереса исследователей восприятия времени к данной проблеме. Долгое время изучение влияния настроения на восприятие времени носило чисто эмпирический характер: авторы, основываясь на наблюдениях и

личном жизненном опыте, делали выводы о том, как “течёт” время, если у человека хорошее или плохое настроение.

В своей работе С.В. Зимина отмечает, что «наиболее яркие изменения восприятия времени наблюдаются при аффективной патологии» [14]. Из клинической практики известно, что больные аффективными расстройствами нередко отмечают изменения собственного чувства времени.

На особенности переживания времени депрессивными больными обратил внимание А. Бек, используя их для диагностики уровня депрессии и включив их в состав знаменитой когнитивной триады [50]. Большая часть психической активности при психогенных депрессиях сосредоточена на событиях прошлого, в которых отражается характер депрессогенных психотравмирующих событий, причем на анализ и когнитивную переработку этих событий, незавершенных гештальтов психотравмирующих ситуаций, начинают влиять депрессивное мышление с характерными когнитивными искажениями. При этом восприятие будущего в случае психогенного характера депрессии, изменяется значительно меньше, чем при эндогенных депрессиях, в него продолжает проецироваться надежда и возможность изменения ситуации.

С.М. Плотниковым было выявлено, как изменяется восприятие времени при депрессии в зависимости от типа доминирующего аффекта. По его мнению, при депрессии с преобладанием тоски переживается сужение окружающего пространства. Временной вектор переживаний направлен в прошлое. Время воспринимается и переживается как замедленное. В воспоминаниях прожитый день кажется коротким. Данное состояние рассматривалось им как ретроградная депрессия [39]. При депрессии с преобладанием тревоги наблюдается искажение пространственной перспективы с удалением одних участков и приближением других. Течение времени воспринимается больными как ускоренное, но в воспоминании оно воспроизводится как длительное ожидание, прошедший день представляется долгим. Временной вектор переживаний обращен в настоящее и будущее. Данное состояние рассматривалось им как антероградная депрессия [18]. При депрессии с

преобладанием апатии нарушается сама фиксация времени. Оно как бы течет не задавая больного и не оставляя следов в его психике. Характерно сужение окружающего пространства [36].

Проведенное исследование Л.Я. Беленькой обнаружило на клиническом патологическом материале связь переоценок и недооценок длительности с эмоциональной сферой. Оказалось, что больные, находившиеся в депрессивном состоянии, – со сниженным тонусом, замедленной моторной деятельностью, подавленным настроением, отрицательной окраской органической чувствительности, распались на две группы. Одна из них давала переоценку, иногда очень значительную, предъявлявшихся им в эксперименте временных интервалов. В их показаниях, как правило, отмечалась «тягучесть» времени в их переживании. У другой группы депрессивных больных наблюдалась стойкая недооценка временных интервалов. Такую недооценку обнаружили больные, у которых общее депрессивное состояние сочетается с состоянием «угнетенного возбуждения» (по Крепелину). При общем угнетенном состоянии они испытывают постоянное смятение, нетерпеливость, они всегда спешат, боятся опоздать, никак не могут довести до конца начатую работу. Тоскливое состояние сочетается у них с аффективным состоянием тревоги, порождающим поведение, сходное с маниакальным. У этих больных наблюдалась обычно, как и у больных маниакальных с повышенной возбудимостью, резко выраженная недооценка времени [37].

При увеличении уровня депрессии меняется восприятие ритма внутреннего времени. Ритм внутреннего времени у всех испытуемых более быстрый по сравнению с внешним эталоном, но у испытуемых с отсутствием депрессивных симптомов он более быстрый по сравнению с испытуемыми с умеренной депрессией.

Д. Перриш считает, что при переживании тревоги, нестабильности жизненной ситуации, человек по-иному ощущает время собственной жизни, переосмысливает прошлое, настоящее и будущее, иногда искажается или даже теряется ощущение времени, что служит одним из симптомов жизненного

кризиса. Может искажаться восприятие и оценка последовательности смены событий, их длительности и скорости, а также может происходить сужением временных перспектив, при которой человек живет только «здесь и сейчас» [33].

Обобщая выше изложенное, необходимо подчеркнуть, что распространенность депрессивных и тревожных расстройств очень высока. Каждый человек воспринимает время так или иначе, ни один человек (да и любое существо, явление, любые предметы) не может существовать вне времени, поэтому оно касается всех и каждого.

Таким образом, мы можем предполагать, что у больных с тревожно-депрессивным расстройством происходит нарушение восприятия времени, связь переоценок и недооценок длительности, зависящее от того, какая форма данного расстройства наблюдается. В депрессивном состоянии отмечается «тягучесть» времени, в состоянии переживания тревоги-сужение временных перспектив.

Итак, в первой главе данной работы мы рассмотрели проблему времени, его структуру и формы, изучили тревожно-депрессивное расстройство, виды депрессии и тревоги, клинические проявления, механизмы возникновения, а также влияние тревожно-депрессивного расстройства на восприятие времени. И можем сделать вывод, что эмоциональное состояние оказывает сильное влияние на жизнедеятельность человека, на изменение собственного чувства времени, его восприятие, оценку, длительность, скорость, а также на сужение временных перспектив.

ГЛАВА 2. Эмпирическое исследование нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

2.1. Организация и методы исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

Исследование особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством проводилось на базе ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», в нем принимали участие больные с тревожно-депрессивным расстройством в возрасте от 18 лет; в количестве 30 человек.

Цель исследования: выявить нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

В соответствии с целью исследования были определены следующие **задачи:**

1. Выявить индивидуальные психологические особенности больных с тревожно-депрессивным расстройством;
2. Выявить особенности субъективного восприятия длительности временных интервалов у больных с тревожно-депрессивным расстройством;
3. Выявить особенности событийной реконструкции временной перспективы личности у больных с тревожно-депрессивным расстройством;
4. Выявить особенности временной перспективы у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

С учетом исследовательских задач были отобраны следующие **методики:**

1. Клиническая беседа и наблюдение (Б.В. Зейгарник);
2. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) Zigmond A.S. и Snaithe R.P.;

3. Шкала самооценки тревоги и депрессии У. Цунга;
4. «Субъективная оценка длительности времени» (SALT) Запесоцкой И.В. и Селивановой Д.С.;
5. Метод Событийной реконструкции временной перспективы личности Никишиной В.Б.;
6. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) (И.М. Тонконогий).
7. Опросник временной перспективы Ф.Д. Зимбардо;
8. Методика семантического дифференциала времени (Л.И.Вассерман).

Далее проводится подробное описание использованных методик.

Исследование нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством предваряла клиническая беседа (Приложение 1). Клиническая беседа, по мнению Б.В. Зейгарник, — метод исследования различных аспектов поведения и психологических особенностей человека в процессе вербальной коммуникации [13].

К основным целям клинической беседы Б.В. Зейгарник относит:

1. Установление контакта с больным (в том числе на эмоциональном уровне).
2. Информирование больного о характере обследования и его целях.
3. Выяснение жалоб больного, степени его ориентировки в собственном состоянии и критичности к имеющимся проявлениям заболевания.
4. Выяснение качества ориентировки в месте и времени.
5. Выявление мануальных предпочтений испытуемого.
6. Выявление мотивации к исследованию.
7. Уже в клинической беседе можно заметить наличие нарушений понимания обращенной речи, речевой моторики, памяти, мимики и др.

Беседа во время самого исследования по существу представляет собой любую форму коммуникации (и вербальной и невербальной) с больным. Во время выполнения экспериментальных заданий экспериментатор объясняет испытуемому инструкцию, уточняет, насколько хорошо он ее усвоил,

интересуется теми основаниями, которыми руководствуется больной при выборе способа решения, дает оценку полученным результатам, оказывает помощь, стимулирует деятельность, корректирует (там, где это необходимо) самооценку и уровень притязаний и многое другое. Все это можно осуществлять как с помощью слов, так и невербальных компонентов общения (мимики, жестов, интонаций, пауз, выражения глаз и т. п.).

Вспомогательным методом для беседы является метод наблюдения. Оно как бы «пронизывает» ткань всего исследования и должно вестись в течение всего взаимодействия психолога с больным. При этом наблюдение ни в коем случае не должно быть навязчивым, не должно само стать объектом внимания испытуемого.

В наблюдении необходимо обращать внимание на то, как больной реагирует на замечания экспериментатора, на инструкцию и содержание различных заданий, на неудачное или удачное выполнение задания, как он относится к своему успеху (доволен или безразличен), как реагирует на помощь экспериментатора, на изменение условий проведения эксперимента (ограничение времени, предложение иного способа решения, помехи и т. п.). Особенно важно отметить, критически ли больной относится к допускаемым ошибкам, контролирует ли свои действия.

Таким образом, наблюдение, как и беседа, дополняет, уточняет данные эксперимента, позволяет рассмотреть психическую деятельность и личностные особенности больного в контексте выполнения экспериментальной деятельности и общения с экспериментатором как реальный пласт его жизни.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) (Приложение 2), разработанная A.S. Zigmond и R.P. Snaithe в 1983 г., относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара [34]. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в

общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии.

Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Адаптация шкалы для использования в отечественной практике произведена М.Ю. Дробижевым в 1993 г. Результаты повторного использования адаптированной шкалы в выборках пациентов, страдающих различными соматическими заболеваниями, подтверждают устойчивость и валидность ее внутренней структуры, а также релевантность граничных показателей.

Обследуемые — взрослые лица любого возраста, находящиеся на лечении в соматическом стационаре.

Рекомендации по применению шкалы.

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- подшкала А – «тревога» (от англ. «anxiety»): нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- подшкала D - «депрессия» (от англ. «depression»): четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Для обеспечения спонтанности ответа желательно установить пациенту четкие временные рамки для заполнения шкалы (порядка 20—30 минут). За этот интервал времени шкала должна быть заполнена полностью. Если пациент

пропустил отдельные пункты или прервал заполнение шкалы на значительный срок (несколько часов), рекомендуется провести повторное тестирование с использованием нового бланка.

Шкала самооценки тревоги и депрессии Цунга (Приложение 3) [31].

Шкала Цунга для самооценки депрессии (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) — тест для самооценки депрессии был разработан в Университете Дюка психиатром доктором Уильямом Цунгом. Тест позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства. При помощи «Шкалы Цунга» испытуемый или врач могут произвести самостоятельное обследование или скрининг депрессии. Тест «Шкала Цунга» обладает высокой чувствительностью и специфичностью и позволяет избежать дополнительных экономических и временных затрат, связанных с медицинским обследованием этических проблем.

В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты делятся на четыре диапазона:

- 25-49 Нормальное состояние
- 50-59 Легкая депрессия
- 60-69 Умеренная депрессия
- 70 и выше Тяжелая депрессия

В нашей стране тест адаптирован в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева Т.И. Балашовой.

Полная процедура тестирования с обработкой занимает 20-30 минут.

Шкала заполняется пациентом. Заполнение требует около 3 минут после краткого инструктирования пациента. Заполнение шкалы является простой процедурой, требующей 20 минут.

Шкала предназначена для пациентов любого возраста, страдающих тревожными расстройствами. Область применения: диагностические и

клинические исследования тревоги, предварительная диагностика патологической тревоги, испытания лекарственных средств.

«Субъективная оценка длительности времени» (SALT) И.В. Запесоцкой и Д.С. Селивановой (Приложение 4) [39].

Данная методика представляет собой кнопку, нажатие которой отмеривает временные интервалы. Эта процедура помогает оценить субъективное восприятие длительности времени.

Методика состоит из 2 шкал: «ускорение временных интервалов» и «замедление временных интервалов».

Метод Событийной реконструкции временной перспективы личности В.Б. Никишиной (Приложение 5) [42].

Моделирование событийного пространства личности представлено в схематическом изображении двух окружностей разного диаметра, изображенных одна внутри другой. Процедура методики событийной реконструкции временной перспективы личности реализуется в два этапа: 1) диагностический и 2) психотерапевтический.

Методика событийной реконструкции включает ряд процедур. Процедуры психодиагностического этапа: определение хронологических границ, размеров и содержания прошлого, настоящего и будущего; оценка эмоционального отношения к событиям (+/-); обозначение взаимосвязей между событиями.

Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) (Приложение 6) [36].

Руководство «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС)» представляет собой методику краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы человека с 18 лет, имеющего проблемы неврологического и психиатрического спектра.

Несомненными плюсами данного руководства выступают следующие моменты. Во-первых, доступность методики — субтесты КНОКС просты в проведении, информативны, позволяют провести экспресс-диагностику всех высших психических функций за короткий промежуток времени, а также

выявить случаи симуляции у пациентов. Во-вторых, очень подробно рассмотрена связь субтестов с поражениями различной локализации. Теоретическая часть дополнена разбором клинических случаев пациентов с различными патологиями, что позволяет использовать данное руководство в образовательном процессе. В-третьих, тщательно прописаны критерии оценки баллов за субтесты, их интерпретация и балльные профили, характерные для пациентов с различными клиническими проявлениями когнитивных нарушений. В-четвертых, подробно рассмотрены психометрические свойства КНОКС и клинический сравнительный анализ методики, проведенный на 212 испытуемых. Описание процедуры обследования и обработки полученных материалов сопровождается иллюстрациями и примерами.

Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо (Приложение 7) [34].

Опросник, разработанный Ф. Зимбардо в 1997 году, представляет собой методику, направленную на диагностику системы отношений личности к временному континууму, на оценку отношения ко времени, а через это - на оценку отношения личности к окружающей действительности вообще, а также к самому себе, своему опыту и грядущим перспективам.

Оригинальная версия опросника состоит из 56 пунктов, ответы по которой распределяются по 5-балльной шкале Ликкерта. Из опросника возможно извлечение 5 показателей:

1. Фактор восприятия негативного прошлого. Выражает степень неприятия собственного прошлого, вызывающего отвращение, полного боли и разочарований.
2. Фактор восприятия позитивного прошлого. Выражает степень принятия собственного прошлого, при котором любой опыт является опытом, способствующим развитию и приведшим к сегодняшнему состоянию.
3. Фактор восприятия гедонистического настоящего. При этом настоящее видится оторванным от прошлого и будущего, единственная цель - наслаждение.

4. Фактор восприятия фаталистического настоящего. При этом оно видится независимым от воли личности, изначально предопределённым, а личность - подчинённым судьбе.

5. Степень ориентации на будущее. Выражает наличие у личности целей и планов на будущее.

Методика семантического дифференциала времени (Приложение 8) [4].

Методика предназначена для изучения когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии личностью своего психологического времени.

Методика содержит ряд различных прилагательных, на основе которых каждый испытуемый может выразить свои «временные» переживания, субъективные представления о своем прошлом, настоящем и будущем.

Методика содержит 25 полярных шкал, на основе которых выделено 5 факторов. На каждой шкале полярные значения представлены прилагательными - антонимами, в известной мере метафорически характеризующими время. Оценка значения понятия по шкалам СДВ испытуемым позволяет поместить время в точку семантического пространства, для выделения основных измерений которого применялся факторный анализ. При помощи СДВ можно оценить координаты точки в семантическом пространстве, расстояния между значениями различных понятий, понятийные структуры испытуемых, например «прошлое», «настоящее» и «будущее». При его использовании оценивается то значение, которое данное явление имеет для человека в зависимости от его индивидуального опыта и эмоционального состояния.

Из 25 полярных шкал выделены следующие 5 факторов:

1. Активность времени (АВ);
2. Эмоциональная окраска времени (ЭВ);
3. Величина времени (ВВ);
4. Структура времени (СВ);
5. Ощущаемость времени (ОВ).

Стимульный материал предлагаемой методики в опосредованной (метафорической) форме позволяет отразить индивидуальную (типологическую) специфику восприятия времени и тем самым дополнить клинические и психологические критерии оценки настроения испытуемых, в особенности при депрессивных расстройствах и их комбинациях с другими аффективными синдромами.

Математико-статистический анализ показателей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством и у условно здоровых испытуемых производился с помощью непараметрического математического метода U- Манна-Уитни для двух независимых выборок и коэффициента корреляции Спирмена с использованием статистической программы SPSS-22 [28].

Результаты исследования и интерпретация полученных результатов будут представлены в следующем параграфе.

2.2. Анализ и результаты эмпирического исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

Приступим к интерпретации и анализу результатов экспериментального исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством на констатирующем этапе (тест). Так как в исследовании принимают участие 2 независимые выборки: в первую контрольную группу (КГ) вошли условно здоровые испытуемые, проходившие профосмотр в Областном психоневрологическом диспансере, а во вторую экспериментальную группу (ЭГ) вошли больные с тревожно-депрессивным расстройством. Результаты исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции представлены в Приложении 9.

Решая задачу выявления индивидуальных психологических особенностей больных с тревожно-депрессивным расстройством, рассмотрели особенности тревоги и депрессии больных и условно здоровых испытуемых, изученные нами с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), разработанной A.S. Zigmond и R.P. Snaith (см. Рис 2.2.1.).

Как мы видим, на рисунке 2.2.1. показатели тревоги и депрессии у больных с тревожно-депрессивным расстройством выражены максимально $Me=13$, что соответствует клинически выраженному уровню тревоги и депрессии.

Это может проявляться в том, что у больных отмечается наличие угнетенного настроения, повышенной утомляемости, внутреннего напряжения; они неспособны расслабиться и концентрироваться, отмечается снижение аппетита и расстройство сна.

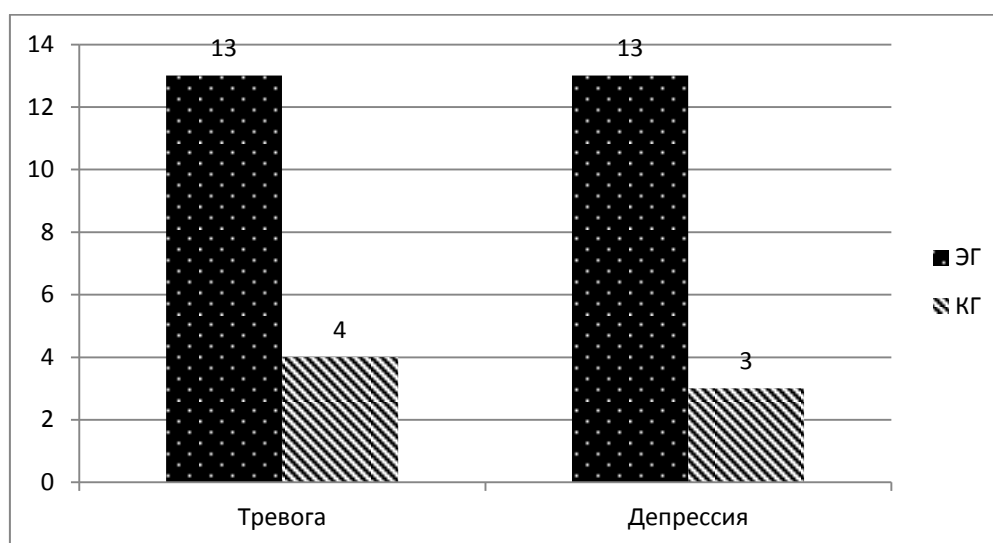


Рис. 2.2.1. Выраженность показателей тревоги и депрессии у больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых (ср. б.)

Больные зачастую характеризуются как неуверенные в себе с низкой самооценкой люди, имеющие наличие идей вины. Такой группе больных характерно значительное снижение интересов и удовольствия от деятельности, которая обычно была связана с позитивными эмоциями. У них нередко присутствуют фобии и страхи. В группе условно здоровых испытуемых показатель тревоги $Me=4$, а показатель депрессии $Me=3$, что соответствует

норме. Т.е. такие испытуемые полны энергии, сил. У них преобладает ровный эмоциональный фон. Они не испытывают трудностей в выполнении повседневных работ; деятельность приносит им результат и удовлетворение. Состояние здоровых испытуемых, отражает их полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивает полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций.

С целью выявления статистических различий по показателям тревоги и депрессии у больных и условно здоровых испытуемых нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (Приложение 10). Математический анализ показал нам статистические различия по показателям тревоги $U_{\text{эмп}}=0,0$ и депрессии $U_{\text{эмп}}=0,0$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$. Это говорит нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством имеют более высокий уровень выраженности тревоги и депрессии, и статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых.

Аналогичным образом мы изучили особенности депрессии больных и условно здоровых испытуемых, изученные нами с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (см. Рис. 2.2.2.).

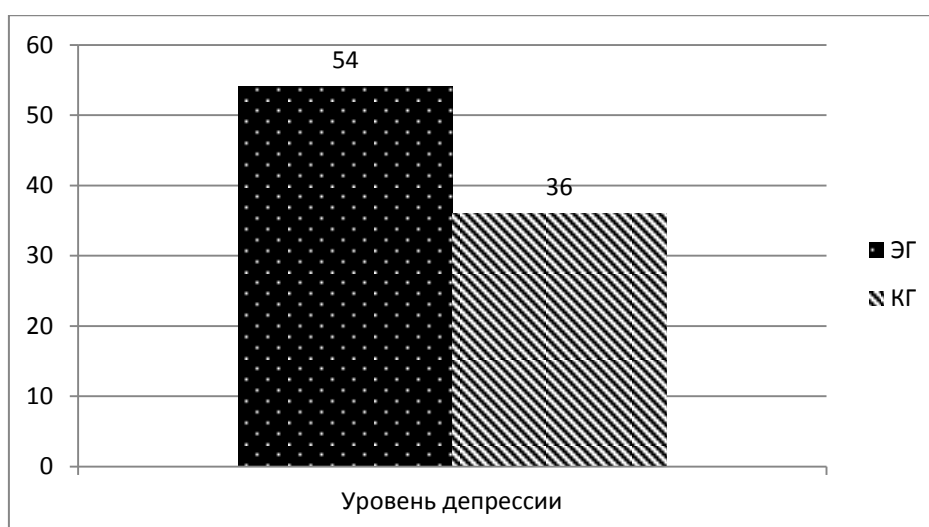


Рис. 2.2.2. Выраженность уровня депрессии у больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых (ср. б.)

На рисунке 2.2.2. мы видим, что показатели уровня депрессии у больных с тревожно-депрессивным расстройством выражены максимально $Me=54$, что соответствует наличию депрессии. Как мы уже говорили выше, это проявляется в симптоматике депрессивных расстройств. Во второй группе испытуемых показатель депрессии $Me=36$, что соответствует нормальному состоянию без депрессии.

С целью выявления статистических различий по показателям депрессии у больных и условно здоровых испытуемых нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (Приложение 10). Математический анализ показал нам статистические различия по показателям депрессии $U_{эмп}=0,0$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$. Это говорит нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством имеют более высокий уровень выраженности депрессии, и статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых.

Изучили нейропсихологические особенности когнитивных функций больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых с помощью КНОКС (краткое нейропсихологическое обследование когнитивных функций) (см.Рис 2.2.3.).

Как мы видим, на рисунке 2.2.3. показатели процессов переработки знакомой информации $Me=15$, работа с новой информацией $Me=15$, а также в целом когнитивные функции $Me=30$ у условно здоровых выражены максимально, что соответствует сохранности когнитивных функций. Это может проявляться в том, что у них не отмечается когнитивных дефектов, т.о. процессы когнитивной сферы без нарушений. У больных с тревожно-депрессивным расстройством показатели процессов переработки знакомой информации $Me=13$, работа с новой информацией $Me=12$, а также в целом когнитивные функции $Me=26$, что соответствует легкой степени дефекта когнитивных функций. Это свидетельствует о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством мотивированы и ориентированы, однако

испытывают трудности с памятью и концентрацией внимания. При медленном выполнении большинства проб самостоятельно находят правильные решения. Результаты теста свидетельствуют о том, что состояние когнитивных функций больных определяется наличием тревожно-депрессивного синдрома.

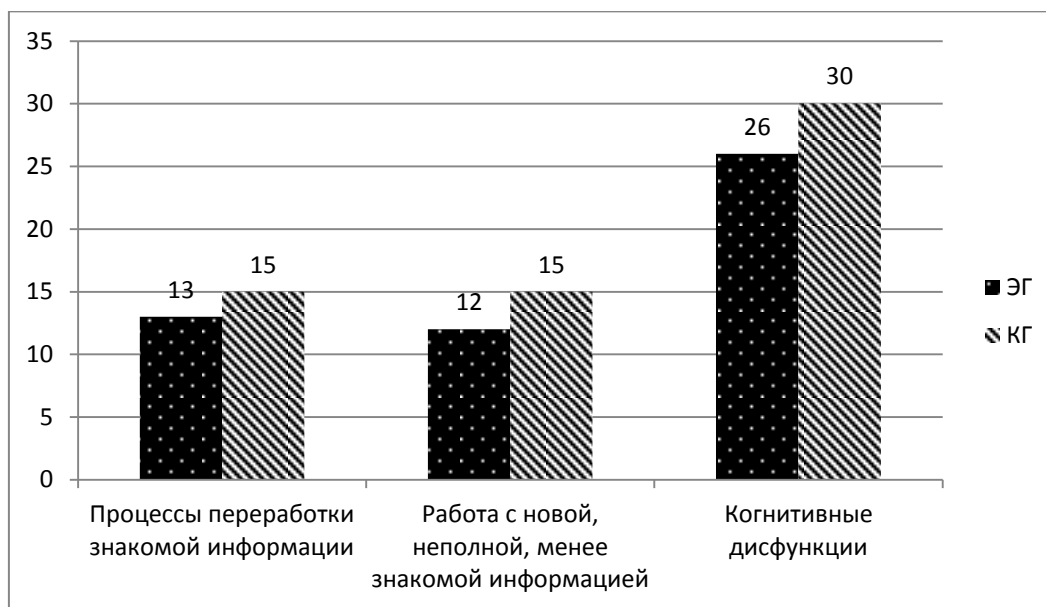


Рис.2.2.3.Выраженность показателей когнитивных функций у больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых (ср. б.)

С целью выявления статистических различий по показателям когнитивных функций у больных и условно здоровых испытуемых нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (Приложение 10). Математический анализ показал нам статистические различия по показателям процессов переработки знакомой информации $U_{эмп}=0,001$, работы с новой, менее знакомой информацией $U_{эмп}=0,001$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$, и по показателям когнитивных функций $U_{эмп}=0,003$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,05$. Это говорит нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством имеют более высокий уровень выраженности когнитивных нарушений, и статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых, что проявляется в снижении внимания, нарушении памяти, конструктивного праксиса, переключения, ориентировке и т.д.

Решая следующую задачу выявления особенностей субъективного восприятия длительности временных интервалов у больных с тревожно-депрессивным расстройством, мы воспользовались следующей методикой «субъективная оценка длительности времени», разработанной И.В. Запесоцкой (см. Рис. 2.2.4.).

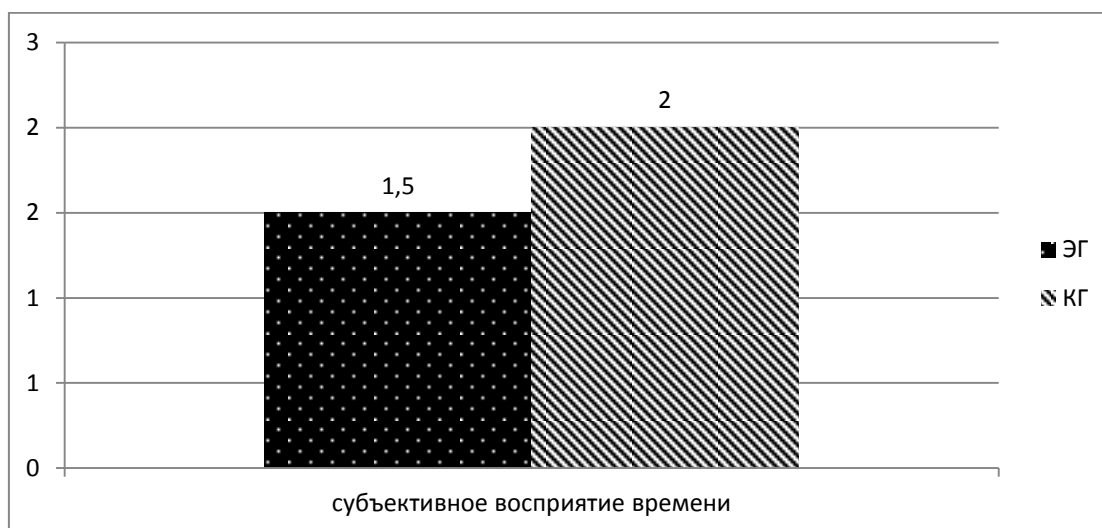


Рис.2.2.4.Выраженность показателя субъективного восприятия времени у больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых (ср. б.)

Как мы видим, на рисунке 2.2.4. показатели субъективного восприятия времени у условно здоровых испытуемых выражены максимально $Me=2$, что соответствует ускорению восприятия времени.

Это указывает на то, что условно здоровые испытуемые, учитывая их функциональное состояние, в минуты радости, счастья, интересного досуга, для них время ускоряется и проходит очень быстро. В группе больных с тревожно-депрессивным расстройством показатели субъективного восприятия времени $Me=1,5$. Это может проявляться в том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством испытывают неприятные состояния (болезнь, скука, психологическая травма и т.п.), скорость внутреннего времени замедляется и человек переживает такие моменты как более длительные.

С целью выявления статистических различий по показателям субъективного восприятия времени у больных и условно здоровых испытуемых нами был применен непараметрический статистический критерий для двух

независимых выборок U-Манна-Уитни (Приложение 10). Математический анализ показал нам статистические различия по показателям субъективного восприятия времени $U_{\text{эмп}}=0,030$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,05$. Это говорит нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством имеют более высокий уровень выраженности к субъективному замедлению времени, и статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых.

Выявить особенности событийной реконструкции временной перспективы личности у больных с тревожно-депрессивным расстройством является нашей следующей задачей, которую мы решили с помощью методики В.Б. Никишиной (см. Рис. 2.2.5.).

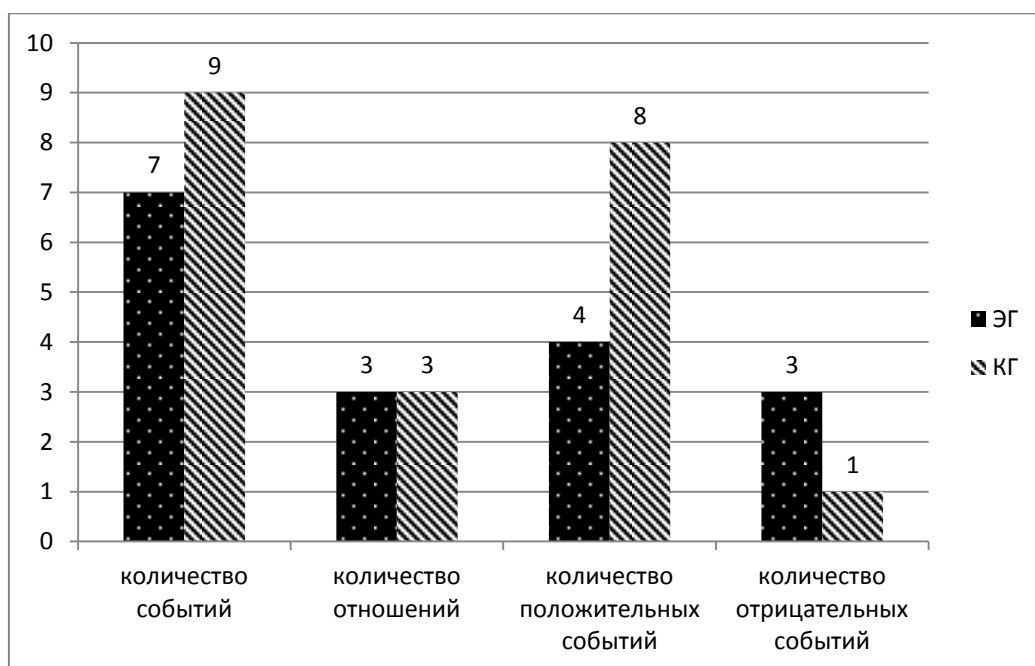


Рис.2.2.5.Выраженность показателей событийной реконструкции временной перспективы личности у больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых (ср. б.)

Как мы видим, на рисунке 2.2.5. показатели событийной реконструкции временной перспективы личности по шкале «количество событий» у условно здоровых испытуемых выражены максимально $Me=9$, что соответствует наличию смысловой наполненности образов событий временной перспективы. Это указывает на то, что условно здоровые испытуемые с легкостью могут

обозначать события в прошлом, уже реализованные, актуальные события и нереализованные – в будущем. Они без затруднений планируют события в будущем, имея перспективы и цели. В группе больных с тревожно-депрессивным расстройством показатели событийной реконструкции временной перспективы личности по шкале «количество событий» $M_e=7$. Это может проявляться в том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством испытывают неприятные состояния, в связи с этим акцентируют внимание на травматических событиях прошлого, на актуальных переживаниях и совсем не планируют события в будущем. Результаты по шкале «количество положительных событий» у условно здоровых испытуемых выражены максимально $M_e=8$, что указывает на благоприятное состояние испытуемых; на то, что испытуемые способны выделять значимые положительные события в своей жизни, не акцентировать внимание на неудачах. В группе больных с тревожно-депрессивным расстройством показатели событийной реконструкции временной перспективы личности по шкале «количество положительных событий» $M_e=4$, что соответствует низкому уровню наличия положительных событий. Это говорит о том, что больным свойственно акцентирование внимания на негативных событиях своей жизни. Результаты по шкале «количество отрицательных событий» у больных с тревожно-депрессивным расстройством выражены максимально $M_e=3$, что также указывает на то, что больным свойственно акцентирование внимания на негативных событиях своей жизни. В группе условно здоровых испытуемых показатели событийной реконструкции временной перспективы личности по шкале «количество отрицательных событий» $M_e=1$, что указывает на минимальное количество негативных, отрицательных событий. Показатели событийной реконструкции временной перспективы личности по шкале «количество отношений» у больных с тревожно-депрессивным расстройством и у условно здоровых испытуемых выражены максимально $M_e=3$. Это указывает на то, что существует совокупность причинных и целевых связей между событиями прошлого, настоящего и будущего. Связи между событиями хронологического

прошлого определяются как реализованные; связи, реализация которых началась в прошлом и еще не завершилась, определяются как актуальные; связи между событиями хронологического будущего, реализация которых еще не началась, определяются как потенциальные.

Для выявления статистических различий, по показателям событийной реконструкции временной перспективы личности у больных и условно здоровых испытуемых нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (Приложение 10). Математический анализ показал нам статистические различия по показателям «количество событий» $U_{эмп}=0,003$, «количество положительных событий» $U_{эмп}=0,0$ и «количество отрицательных событий» $U_{эмп}=0,0$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$. Это говорит нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством имеют более высокий уровень выраженности негативных, отрицательных событий, акцентируют внимание на травматических событиях прошлого, на актуальных переживаниях и совсем не планируют события в будущем, и статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых.

Далее, для решения задачи выявления особенностей временной перспективы у больных с тревожно-депрессивным расстройством, рассмотрим особенности системы отношений личности ко времени, изученные нами с помощью опросника временной перспективы, разработанного Ф. Зимбардо (см. Рис 2.2.6.).

Обратим внимание, что на рисунке 2.2.6. максимально выражены показатели по шкале «негативное прошлое» у больных с тревожно-депрессивными расстройством $Me=3$, данные соответствуют максимальной выраженности отношения к негативному прошлому, это отражает общее пессимистическое, негативное или с примесью отвращения отношение к прошлому. Предполагает травму, боль и сожаление. Такое отношение может быть из-за реальных неприятных и травматических событий, из-за негативной реконструкции положительных событий, или из-за того и другого вместе.

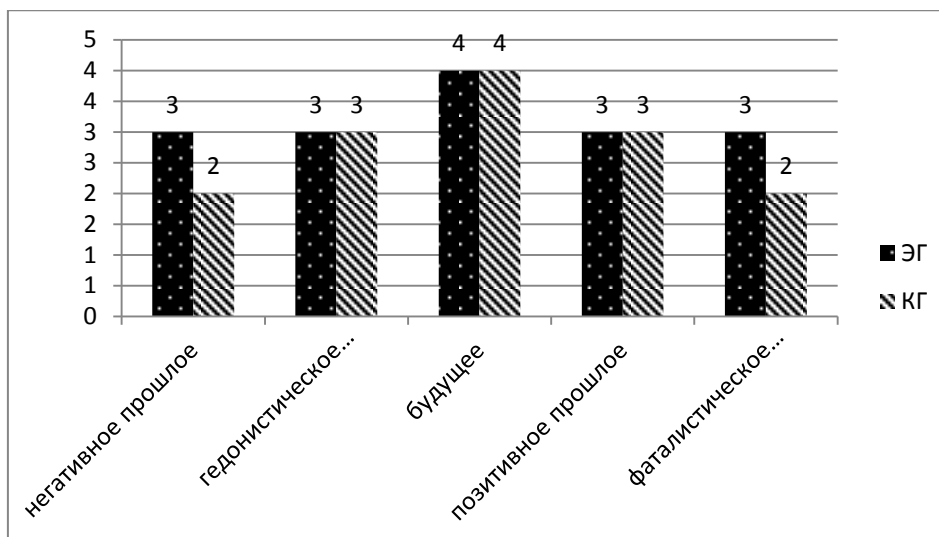


Рис.2.2.6.Выраженность показателей временной перспективы у больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых (ср. б.)

Во второй группе испытуемых показатель по шкале «негативное прошлое» $M_e=2$, что соответствует среднему уровню выраженности к негативному прошлому, т.е. условно здоровые испытуемые имеют положительное отношение к своему прошлому. Также максимально выражены показатели по шкале «фаталистическое настоящее» у больных с тревожно-депрессивным расстройством $M_e=3$, что соответствует высокому уровню выраженности отношения к фаталистическому настоящему, это указывает на то, что больные обладают беспомощным и безнадежным отношением к будущему и жизни. Этот фактор отражает отсутствие сфокусированной временной перспективы. Не хватает фокуса на цели как у ориентированных на будущее, нет акцента на волнении как у гедонистов, нет ностальгии или горечи как у тех, у кого высокие показатели по обеим шкалам прошлого. Раскрывает убеждение, что их будущее предопределено и на него невозможно повлиять индивидуальными действиями; настоящее должно переноситься с покорностью и смирением, т.к. люди находятся во власти капризной (прихотливой) судьбы. В группе условно здоровых испытуемых показатель «фаталистическое настоящее» $M_e=2$, что соответствует среднему уровню выраженности отношения к настоящему. Показатели шкалы «будущее» $M_e=4$ в обеих группах, это соответствует среднему уровню выраженности отношения к будущему, что

указывает на то, что испытуемым свойственно отражать общую ориентацию на будущее. Это предполагает, что поведение в большей степени определяется стремлениями к целям и вознаграждениям будущего. Характеризуется планированием и достижением будущих целей. Отметим, что нет различий между ЭГ и КГ в показателях шкалы «гедонистическое настоящее» $Me=3$, что соответствует среднему уровню выраженности отношения к гедонистическому настоящему. Это может свидетельствовать о том, что все испытуемые склонны отражать гедонистическое, рискованное, «а мне все равно» отношение ко времени и жизни. Предполагает ориентацию на удовольствие, волнение, возбуждение, наслаждение в настоящем и отсутствие заботы о будущих последствиях или жертв в пользу будущих наград. А также в обеих группах одинаково выражены показатели шкалы «позитивное прошлое» $Me=3$, что соответствует среднему уровню выраженности отношения к позитивному прошлому, это отражает теплое, сентиментальное отношение по отношению к прошлому у испытуемых.

Для выявления статистических различий, по показателям временной перспективы у больных и условно здоровых испытуемых нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (Приложение 10). Математический анализ показал нам статистические различия по показателям «негативное прошлое» $U_{эмп}=0,0$ и «фаталистическое настоящее» $U_{эмп}=0,0$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$. Это говорит нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством имеют более высокий уровень выраженности временной перспективы в негативном прошлом и фаталистическом настоящем, и статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых.

Рассмотрим особенности когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии личностью своего психологического времени у больных и условно здоровых испытуемых, изученные нами с помощью методики семантического дифференциала времени (см. Рис. 2.2.7.).

На рисунке 2.2.7. мы видим, что показатели когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии времени по шкалам «активность» $Me= 6$, «эмоциональная окраска» $Me= 6$, «величина» $Me= 6$ и «структура» $Me= 6$ максимально выражены у условно здоровых испытуемых.

Это говорит об удовлетворенности своим временем, об активности и стремительности. Время воспринимается радостным, светлым, длительным, большим, объемным, широким, глубоким. Условно здоровым испытуемым характерно наличие хорошо разработанных планов в отношении будущего или достаточно точных представлений о предстоящих событиях и деятельности.

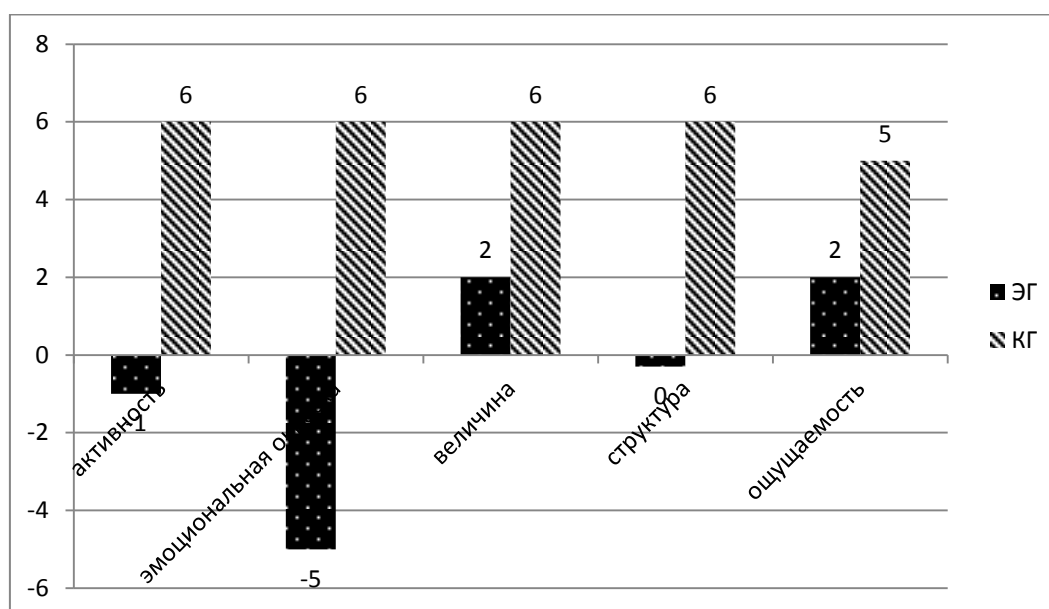


Рис.2.2.7. Выраженность показателей когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии времени у больных с тревожно-депрессивным расстройством и условно здоровых испытуемых (ср. б.)

В группе испытуемых с тревожно-депрессивным расстройством показатель «эмоциональной окраски» $Me= -5$, что соответствует относительно пессимистическому отношению ко времени и к своей жизни. Отсутствие надежды, низкая поведенческая активность и мотивация жизнедеятельности сопровождается, как правило, депрессивным состоянием. В таких случаях время кажется печальным, тусклым, тревожным, серым и темным. Показатель «активность» $Me= -1$, что свидетельствует о том, что психологическое время кажется пассивным, постоянным, застывшим, расслабленным или даже пустым.

Показатели «величина» $Me=2$ и «ощущаемость» $Me=2$ говорят нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством описывают время в таких понятиях как маленькое, мгновенное, плоское, мелкое и узкое; также время воспринимается кажущимся, далеким, частным, замкнутым и неосязаемым. Такое восприятие времени соответствует больным с апатией и низкой мотивацией. У больных с тревожно-депрессивным расстройством время воспринимается кажущимся, далеким, частным, замкнутым и неосязаемым, об этом свидетельствует показатель «структура» $Me=1$.

С целью выявления статистических различий, по показателям семантического дифференциала времени у больных и условно здоровых испытуемых нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни (Приложение 10). Математический анализ показал нам статистические различия по показателям «активности времени» $U_{эмп}=0,0$, «эмоциональной окраски» $U_{эмп}=0,0$, «структуры» $U_{эмп}=0,0$ и «ощущаемости» времени $U_{эмп}=0,0$ на высоком уровне значимости $p \leq 0,01$. Это говорит нам о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством имеют более высокий уровень выраженности семантического дифференциала времени, и статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых.

Далее мы рассмотрели, существуют ли статистические различия по показателям временной перцепции у больных с легким уровнем депрессии и у больных с умеренным уровнем депрессии.

Табл. 2.1.1.

Значения критерия U-Манна-Уитни при сравнении показателей временной перцепции у больных с легким уровнем депрессии и умеренным уровнем

Показатели временной перцепции	Уровни депрессии		$U_{эмп}$
	Легкая депрессия	Умеренная депрессия	
Отношение к временной перспективе			
1.Негативное прошлое	3,3	3,75	0,623
2.Гедонистическое настоящее	3,1	3,2	0,709
3.Будущее	3,6	3,1	0,173
4.Позитивное прошлое	3,5	2,7	**0,050

Показатели временной перцепции	Уровни депрессии		U _{эмп}
	Легкая депрессия	Умеренная депрессия	
5.Фаталистическое настоящее	3	2,85	0,711
Семантический дифференциал времени			
1.Активность	0,3	-10,5	***0,002
2.Эмоциональная окраска	-3,3	-13,5	**0,037
3.Величина	2,5	0,5	0,623
4.Структура	-0,07	-1,5	0,270
5.Ощущаемость	1,3	3,5	0,323
Событийная реконструкция временной перспективы			
1.Количество событий	6,5	7	0,323
2.Количество отношений	2,7	1	0,128
3.Количество положительных событий	3,7	2,5	0,899
4.Количество отрицательных событий	2,8	4,5	*0,094
Когнитивные функции			
1.Процессы переработки знакомой информации	13,5	13	*0,068
2.Работа с новой, неполной, менее знакомой информацией	12,3	12	0,312
3.Когнитивные дисфункции	25,8	25	0,375

Примечание: ***- $p \leq 0,01$; **- $p \leq 0,05$; *- $p \leq 0,1$.

С целью выявления статистических различий по показателям временной перцепции у больных с легким уровнем депрессии и умеренным уровнем нами был применен непараметрический статистический критерий для двух независимых выборок U-Манна-Уитни, в результате чего были обнаружены статистически значимые различия на высоком уровне статистической значимости $p \leq 0,01$ по показателю семантического дифференциала времени, «Активность» $U_{\text{эмп}}=0,002$, т.е. у больных с легким уровнем депрессии и умеренным уровнем различаются степень напряженности, активности, плотности, стремительности и изменчивости времени. Также были обнаружены статистически значимые различия на достоверном уровне статистической значимости $p \leq 0,05$, по показателям: «Позитивное прошлое» $U_{\text{эмп}}=0,050$ и «Эмоциональная окраска времени» $U_{\text{эмп}}=0,037$, т.е. больные с умеренным уровнем депрессии имеют относительно пессимистическое отношение ко времени и к своей жизни, а также к прошлым событиям. Были обнаружены различия на уровне статистической тенденции, при $p \leq 0,1$ по показателям:

«Количество отрицательных событий» $U_{эмп}=0,094$ и «Процессы переработки знакомой информации» $U_{эмп}=0,068$. Это говорит о том, что больные с умеренным уровнем депрессии наиболее склонны к проявлению отрицательных событий в своей жизни, а также они наиболее склонны к снижению процесса переработки знакомой информации, что затрудняет восприятие времени, в сравнении с больными с легким уровнем депрессии.

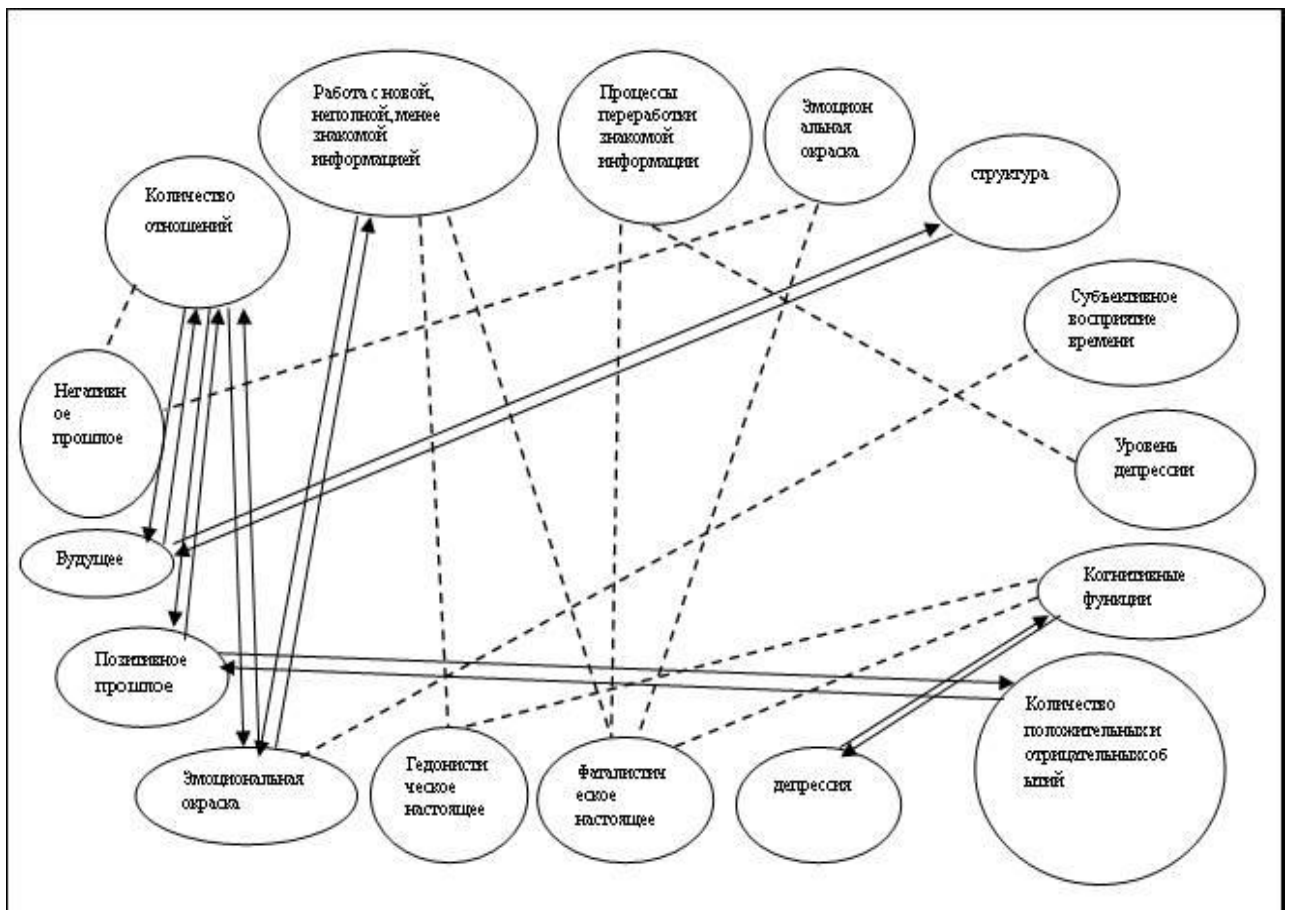
Для установления взаимосвязи нейропсихологических особенностей временной перцепции с наличием тревоги и депрессии у больных с тревожно-депрессивным расстройством использовался коэффициент корреляции Спирмена (Приложение 11).

По показателям семи использованных методик были обнаружены значимые положительные корреляционные связи, наглядно представленные на рис. 2.2.8.

Как мы видим на рисунке, были выявлены как положительные корреляционные связи, это связь, при которой увеличение одной переменной связано с увеличением другой переменной, так и отрицательные, связь, при которой увеличение одной переменной связано с уменьшением другой.

Существуют достоверные положительные корреляционные связи между шкалой событийной реконструкции времени «Количество отношений» и показателями временной перспективы: «Будущее» ($r=0,608$, $p\leq 0,01$), «Позитивное прошлое» ($r=0,716$, $p\leq 0,01$), «Эмоциональная окраска» ($r=0,622$, $p\leq 0,01$). А также существует отрицательная связь со шкалой «Негативное прошлое» ($r=-0,561$, $p\leq 0,01$).

При повышении количества отношений между событиями жизни больных с тревожно-депрессивным расстройством, будут чаще проявляться перспективы на будущее, ярче и эмоциональнее будет проявляться отношение к позитивному прошлому. А также при повышении количества отношений между событиями жизни будет снижаться отношение к негативному прошлому.



Примечание: - - - отрицательная корреляционная связь при $***p \leq 0,01$;
 ⇔ положительная корреляционная связь при $***p \leq 0,01$.

Рис. 2.2.8. Корреляционная плеяда нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

Достоверная положительная связь между шкалой «Процессы переработки знакомой информации» и показателем временной перспективы «Позитивное прошлое» ($r=0,480$, $p \leq 0,01$) указывает на то, что у больных с тревожно-депрессивным расстройством при нарушениях в когнитивной сфере, проявляющихся в переработке знакомой информации будет наблюдаться снижение позитивных, «теплых» воспоминаний из прошлого, снижение реконструкции прошлого. Отрицательная связь между шкалой «Процессы переработки знакомой информации» и показателями временной перспективы «Гедонистическое настоящее» ($r=-0,584$, $p \leq 0,01$) и «Фаталистическое настоящее» ($r=-0,492$, $p \leq 0,01$) говорят о том, что при повышении нарушений в когнитивной сфере снижается временная перспектива, проявляется безнадежное отношение к будущему и жизни. То же самое мы можем

наблюдать при отрицательной связи между «Когнитивные функции» и «Гедонистическое настоящее» ($r=-0,625$, $p\leq 0,01$), и «Фаталистическое настоящее» ($r=-0,590$, $p\leq 0,01$), а также при отрицательной связи между «Работа с новой, неполной, менее новой информацией» и «Фаталистическое настоящее» ($r=-0,484$, $p\leq 0,01$).

«Работа с новой, неполной, менее новой информацией» связана отрицательной корреляционной связью со шкалой «Уровень депрессии» ($r=-0,487$, $p\leq 0,01$), что может проявляться в том, что когнитивные дисфункции отмечаются при наличии депрессивного состояния. Это может отмечаться в снижении активности и продуктивности внимания, работоспособности и памяти.

Шкала «Количество положительных событий» положительно коррелирует с «Позитивное прошлое» ($r=0,525$, $p\leq 0,01$), это говорит о том, что при наличии позитивного опыта больные с легкостью могут выделять положительные события жизни.

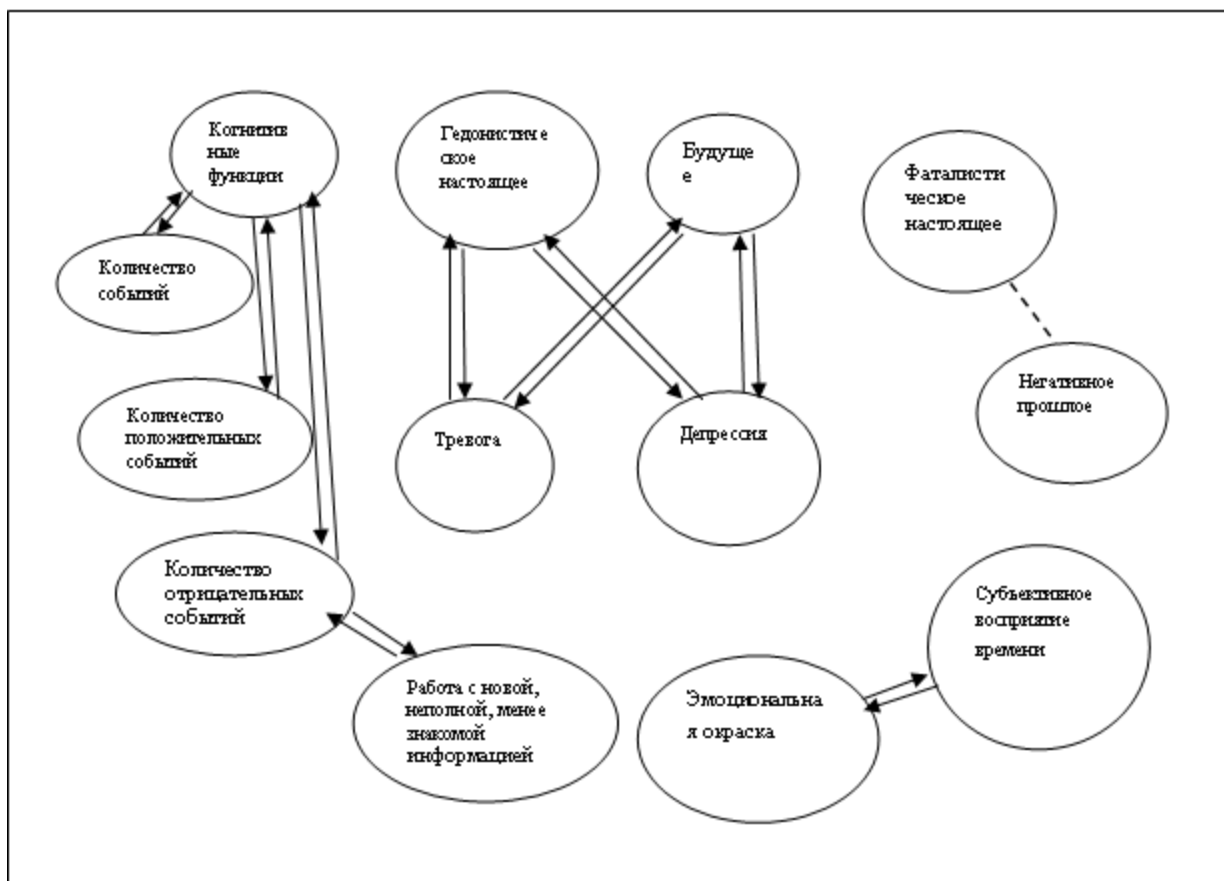
Отрицательная корреляционная связь выявлена между шкалой «Субъективное восприятие времени» и «Эмоциональная окраска» ($r=-0,498$, $p\leq 0,01$), что указывает на доминирование эмоций при восприятии собственного времени.

Таким образом, мы рассмотрели нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

Для установления взаимосвязи нейропсихологических особенностей временной перцепции с наличием тревоги и депрессии у условно здоровых испытуемых также использовался коэффициент корреляции Спирмена (Приложение 12).

По показателям семи использованных методик были обнаружены значимые положительные корреляционные связи, наглядно представленные на рис. 2.2.9.

Как мы видим на рисунке 2.2.9., были выявлены как положительные корреляционные связи.



Примечание:
 - - - - отрицательная корреляционная связь при $***p \leq 0,01$;
 \longleftrightarrow положительная корреляционная связь при $***p \leq 0,01$.

Рис. 2.2.9. Корреляционная плеяда нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

Существуют достоверные положительные корреляционные связи между шкалой «Когнитивные функции» и показателями событийной реконструкции времени: «Количество событий» ($r=0,522$, $p \leq 0,01$), «Количество положительных событий» ($r=0,468$, $p \leq 0,01$), «Количество отрицательных событий» ($r=0,712$, $p \leq 0,01$). Это указывает на то, что при изменениях в когнитивной сфере, меняется отношение к прошлому, настоящему и будущему, отношение к событиям в жизни, к их количеству и эмоциональной окраске.

Шкала «Гедонистическое настоящее» положительно коррелирует с «Тревога» ($r=0,575$, $p \leq 0,01$) и «Депрессия» ($r=0,500$, $p \leq 0,01$), а также «Будущее» положительно коррелирует с «Тревога» ($r=0,671$, $p \leq 0,01$) и «Депрессия» ($r=0,467$, $p \leq 0,01$) что говорит о том, что у условно здоровых испытуемых

присутствует общая ориентация на настоящее и будущее при отсутствии симптомов тревожно-депрессивного расстройства.

Достоверная положительная связь между шкалой «Субъективное восприятие времени» и показателем временной перспективы «Эмоциональная окраска» ($r=0,464$, $p\leq 0,01$) указывает на то, что у условно здоровых испытуемых при положительном эмоциональном фоне время ускоряется. Это связано с тем, что здоровые испытуемые планируют, спешат, развиваются, общаются, в связи с этим не замечают, как летит время.

Таким образом, мы рассмотрели нейропсихологические особенности временной перцепции у условно здоровых испытуемых.

Итак, по результатам корреляционного анализа нами была подтверждена гипотеза, что: нейропсихологическими особенностями временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством выступают: неустойчивый характер субъективного восприятия длительности временных интервалов; высокая событийная дискретность, низкая событийная интегрированность, неустойчивая хронологическая протяженность временной перспективы. А также было выявлено, что для больных характерно при повышении нарушений в когнитивной сфере снижение временной перспективы, в связи с чем, проявляется безнадежное отношение к будущему и жизни. Это можно объяснить тем, что при тревожно-депрессивном расстройстве отмечаются неврологические признаки, которые представляют собой нарушение нормальной деятельности центральной нервной системы человека, проявляющееся в следующей симптоматике: нарушения сна, расстройство приема пищи, появление бессонницы и т.д. Учитывая данную симптоматику, больные фокусируют свое внимание на тяжелых, стрессовых событиях в настоящем времени, тем самым теряя перспективы на будущее. Об этом свидетельствует отрицательная связь между шкалой «Процессы переработки знакомой информации» и показателями временной перспективы «Гедонистическое настоящее» ($r=-0,584$, $p\leq 0,01$) и «Фаталистическое настоящее» ($r=-0,492$, $p\leq 0,01$). Все это может привести к снижению

когнитивных функций, которые отмечаются при наличии депрессивного состояния. Это проявляется в снижении активности и продуктивности внимания, работоспособности и памяти («Работа с новой, неполной, менее новой информацией» связана отрицательной корреляционной связью со шкалой «Уровень депрессии» ($r=-0,487$, $p\leq 0,01$)). Например, при снижении «Процессов переработки знакомой информации» у больных отмечаются нарушения восприятия временных интервалов (нарушение хронологичности событий жизни, эмоциональной окраски, снижение реконструкции прошлого). При снижении «Когнитивных функций» показатели временной перспективы «Гедонистическое настоящее» ($r=-0,584$, $p\leq 0,01$) и «Фаталистическое настоящее» ($r=-0,492$, $p\leq 0,01$) снижаются, это проявляется в безнадежном отношении к будущему и жизни. А также у больных снижение окраски и эмоциональности времени и жизни в целом, которые происходят на уровне личностной переработки информации, приводит к изменениям в субъективном восприятии времени и событийной реконструкции времени. Проявляется это в том, что больные при снижении эмоционального фона, наличии негативных, болезненных событий воспринимают время как что-то замедленное, тянущееся, невыносимое. Об это свидетельствует отрицательная корреляционная связь между шкалой «Субъективное восприятие времени» и «Эмоциональная окраска» ($r=-0,498$, $p\leq 0,01$).

2.3. Разработка и апробация программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством

Далее, исходя из проведенного исследования, и учитывая выявленные статистические различия по показателям временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством, а также обнаружив положительные и отрицательные корреляционные связи, мы можем сказать, что результаты имеют как диагностический потенциал, так и коррекционный. В связи с этим,

была разработана и реализована программа психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством.

Больные с тревожно-депрессивным расстройством, имея эмоциональные реакции на стрессовые события, беспокойство по мелочам, снижение влечений, мотивов и волевой активности в основном воспринимают свое настоящее и будущее негативно, что влечет за собой недостаточное планирование жизненных перспектив, меняется временная перцепция, отношение ко времени и к своей жизни [16].

Поведение больных с тревожно-депрессивным расстройством регулируется только текущим моментом времени, актуальными потребностями и не направлено на саморазвитие, самореализацию, которые являются залогом психологически здоровой и зрелой личности. Таким образом, для более успешной адаптации больных к жизни необходимо оптимизировать процессы восприятия времени.

Целью данной коррекционной программы является стабилизация эмоционального фона со снижением уровня тревоги, депрессии, оптимизация процессов восприятия времени, трансформация отношения к будущему, а также формирование навыков эффективного жизненного планирования.

Для достижения поставленной цели необходимо реализация следующих **задач**:

1. Создание доверительной атмосферы и осознание собственных целей посещения занятий.
2. Формирование оптимальной индивидуальной временной организации.
3. Изменение отношения к собственному будущему.
4. Планирование жизненных перспектив личности, направленных на отдаленное будущее.

Варианты форм и методов психотерапии разнообразны. Для того, чтобы подобрать необходимую модель, руководствуемся следующими принципами: определением нозологической картины пациента, ориентируясь на

генетическую карту болезней, которые могли спровоцировать депрессию; выявлением личностных особенностей пациента; концентрацией на наиболее выраженном уровне проявления симптомов; методологией и концептуальными возможностями науки относительно эффективности психотерапии в конкретном случае.

По мнению М. Перре, психотерапия предполагает воздействие на трех уровнях [29]:

На психическом уровне - работа проводится посредством информационного воздействия. Пациент получает от специалиста информацию, которая является для него абсолютно новой или старой, но в совершенно иной интерпретации. На этом уровне важен эмоциональный компонент. В случае разрозненности в эмоциональном и когнитивном плане преподносимая информация искажается или полностью блокируется для восприятия. Воздействие на психическом уровне имеет своей целью устранение единичных симптомов депрессии. В некоторых случаях можно добиться личностных изменений на уровне изменения особенностей реагирования.

На психофизиологическом уровне - воздействие этого уровня предполагает применение свойств анализаторов на основании построения обратной связи. В работу включаются рефлекторные механизмы, а также особенности поведения и физиологии.

На нейровегетативно-соматическом уровне - для этого воздействия характерно включение рефлексивных и соматических направлений. В обязательном порядке подключается эмоциональное подкрепление. Как правило, подобная работа проводится в виде тренинговых занятий. Идеальным вариантом является программа психотерапии, включающая постепенный переход от одного уровня воздействия к другому.

Программа психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством может проводиться и в комплексной терапии: фармакотерапия, психотерапия и биологические методы.

Работа проводилась в следующих психотерапевтических направлениях:

1. **Нарративная терапия** [10] направлена на создание вокруг клиента пространства для развития альтернативных, предпочитаемых историй, которые дадут ему возможность почувствовать себя способным повлиять на ход течения собственной жизни, стать непосредственно автором своей истории и воплотить её, привлекая «своих» людей для повышения чувства заботы и поддержки.

Цель - помочь клиенту выбрать для себя предпочтительный вариант, отсюда взглянуть на настоящее и или прошлое и переписать их таким образом, чтобы они способствовали наступлению желательного будущего.

2. **Арттерапия** [45] — лечение пластическим изобразительным творчеством (живопись, мелкая пластика, графика).

Цель: воздействие на психоэмоциональное состояние больного.

Программа представляет собой работу, направленную на снижение эмоционального напряжения, переработку негативных переживаний, оптимизацию процессов восприятия времени (см. Табл. 2.1.2.).

Табл.2.1.2.

Программа психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством.

№	Этапы программы	Цель	Время, мин	Методические приёмы
1	Вводное занятие	Знакомство с больными тревожно-депрессивным расстройством с психологом, налаживание контакта, снятие эмоционального напряжения, создание доверительных отношений.	30 минут	Установление контакта; беседа; определение мишеней психокоррекционной работы; Тест «Индивидуальная минута»; Упражнение «Медитация на минуте».
2	Арт-терапевтическое Занятие	Снятие психологических барьеров, принятие проблем, проработка негативных	30 минут	Упражнения «Мое настроение», «Рисунок прошлого» «Выражаем тревогу», «Принятие».

		переживаний.		
3	Нарративная психотерапия	Понимание жизненных событий и переживаний. Экстернализация и деконструкция проблемы (вынесение проблемы вовне).	30 минут	Упражнения «уникальный эпизод»; «исследование и проявление деталей уникальных эпизодов»; «исследование смыслов уникального эпизода».
4	Арт-терапевтическое Занятие	Снятие психологических барьеров, принятие проблем, проработка негативных переживаний.	30 минут	Фототерапия.
5	Нарративная психотерапия	Понимание жизненных событий и переживаний. Экстернализация и деконструкция проблемы (вынесение проблемы вовне).	30 минут	Упражнения «уникальный эпизод»; «исследование и проявление деталей уникальных эпизодов»; «исследование смыслов уникального эпизода».
6	Арт-терапевтическое Занятие	Снятие психологических барьеров, принятие проблем, проработка негативных переживаний.	30 минут	Упражнения «Мое настроение», «Рисунок будущего». Фототерапия.
7	Работа с временной линией	Формирование целостного образа психологического времени, а также формирование оптимальной индивидуальной организации временной линии.	30 минут	Тест «Круги времени»; Техника «Стирание предпочтений между прошлым, настоящим и будущим»; Техника «Создание линии времени»; Техника изменений линии времени.
8	Нарративная психотерапия	Понимание жизненных событий и переживаний. Экстернализация и деконструкция проблемы	30 минут	Упражнения «уникальный эпизод»; «исследование и проявление деталей уникальных эпизодов»; «исследование смыслов уникального эпизода».

		(вынесение проблемы вовне).		
9	Арт-терапевтическое Занятие	Снятие психологических барьеров, принятие проблем, проработка негативных переживаний.	30 минут	Упражнения «Рисунок своей временной линии», «Мое настроение». Фототерапия.
10	Завершающее занятие (релаксация)	Восстановление внутренних энергетических ресурсов, снижение эмоционального напряжения.	30 минут	Упражнение на релаксацию, «Отправленное послание», рефлексия.

Программа включает в себя 10 занятий по 30 мин. Более подробное описание программы представлено в Приложении 6.

Данная программа была проведена на одном клиническом случае: больная с тревожно-депрессивным расстройством, 26 лет, которая находилась на стационарном лечении в Белгородской областной клинической психоневрологической больнице. Пациентка легко возбудимая, агрессивная, фон настроения лабильный. Но при этом, отношение к обследованию серьезное. Интересуется результатами собственной деятельности. Дистанцию соблюдает.

Проведение исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции и апробация программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством проходили в Белгородской областной клинической психоневрологической больнице с 1 сентября 2017 г. по 15 ноября 2017 г. (Приложение 13).

Решая задачу выявления индивидуальных психологических особенностей и нейропсихологических особенностей временной перцепции больной с тревожно-депрессивным расстройством, мы рассмотрели особенности тревоги и депрессии, изученные нами с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS); показатели временной перспективы, с помощью опросника

временной перспективы Зимбардо; семантический дифференциал времени; событийную реконструкцию временной перспективы личности, а также нейропсихологические особенности когнитивных функций, изученные с помощью Краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы.

Анализируя результаты исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больной с тревожно-депрессивным расстройством (Приложение 15), можем сделать следующие выводы:

1. Тревога и депрессия клинически выражены, что указывает на наличие яркой симптоматики данного расстройства (тревога= 11 б., депрессия= 14 б.);

2. Отражает общее пессимистическое, негативное или с примесью отвращения отношение к прошлому. Предполагает травму, боль и сожаление (Негативное прошлое= 3,9 (max));

3. Время воспринимается как пассивное, вяло текущее, тусклое, неэмоциональное (активность= -15, эмоциональная окраска= -15);

4. В восприятии преобладает количество отрицательных событий (количество отрицательных событий= 7, количество положительных событий= 2);

5. Отмечается легкая степень деффекта когнитивных функций (13, 14, 26).

В качестве коррекции процессов временной перцепции были предложены следующие психотерапевтические направления: арт-терапия, нарративная терапия. Работа проводилась индивидуально, 2 раза в неделю.

На данный момент реализации данной программы, мы можем сделать выводы об успешном формировании стабилизации эмоционального фона, о тенденции к снижению тревоги и депрессии, а также о тенденции к формированию оптимальной индивидуальной временной организации, положительному отношению к собственному будущему и планированию жизненных перспектив личности. Об этом нам свидетельствуют результаты исследования, направленные на оценку эффективности программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством (Приложение 14):

1. Тревога и депрессия субклинически выражена (тревога= 9 б., депрессия= 10 б.);

2. Пессимистическое, негативное отношение к прошлому несколько снижено, повышен уровень отношения к будущему (Негативное прошлое= 2,8 (среднее), Будущее= 3,1 (max));

3. В восприятии также преобладает количество отрицательных событий, но при этом значительно увеличилось количество положительных событий, направленных на будущее (Количество отрицательных событий= 7, количество положительных событий= 6).

Т.о., нами была разработана и апробирована программа психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством.

В первую очередь, нам удалось установить контакт с пациенткой, создать доверительную атмосферу и добиться осознания собственных целей посещения занятий. В работе мы увидели тенденцию к возможности изменения отношения к собственному будущему, к своим планам и жизненным перспективам.

За время работы нам удалось несколько нормализовать эмоциональный фон больной, что являлось для нас непростой работой. Можем отметить тенденцию к снижению уровня тревоги и депрессии, тенденцию к снижению симптоматики данного расстройства. А также наблюдаем тенденцию к оптимизации процессов восприятия времени.

В результате мы с уверенностью можем сделать вывод об эффективности программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе мы изучили нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

Актуальность данной темы определяется тем, что в современном мире депрессивные и тревожные состояния являются одной из важнейших проблем, которые зачастую воспринимаются как нормативное снижение настроения, познавательных процессов, двигательной активности, чувство тревоги, беспокойство. Особое влияние эти негативные состояния оказывают на личностные особенности больных, на их повседневную и профессиональную жизнь, на возможность принимать какие-то значимые решения. При ориентации человека в окружающем мире и его адаптации в различных ситуациях важную роль играет восприятие времени. Проблема личностной организации времени, проблема жизненного пути тесным образом связаны с особенностями планирования личностью времени своей жизни.

В настоящее время наблюдается повышение интереса к изучению временного восприятия, личностной организации времени, а также к изучению наиболее распространенных заболеваний, таких как тревога и депрессия. Существенный вклад в изучение времени и временной перцепции внесли Б.И. Цуканов, В.Н. Мясищев, У. Джеймс, К. Левин, Ж. Нюттен и многие другие исследователи. А проблемой тревожно-депрессивного расстройства занимались А.Б. Смулевич, В.Н. Краснов, Turner, Beidel и т.д. Работы этих авторов в значительной мере способствовали изучению временной перцепции и тревожно-депрессивного расстройства. Однако в трудах этих ученых не охватывается изучение временной перцепции у людей, имеющих тревожно-депрессивное расстройство, в связи с чем мы можем сделать вывод, что данная проблема недостаточно разработана.

Исследование нейропсихологических механизмов временной перцепции дает возможность осуществлять диагностику и психологическую коррекцию временного гнозиса у больных с тревожно-депрессивными расстройствами.

В первой главе была дана общая характеристика понятия временной перцепции, общие подходы к ее изучению, рассмотрено тревожно-депрессивное расстройство. Также был проведен теоретический анализ проблемы временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством.

Вторая глава посвящена эмпирическому исследованию особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством и у условно здоровых испытуемых. Здесь указаны цель, гипотеза, методы, использованные в исследовании, а также описание хода исследования, анализ и интерпретация его результатов. Был разобран клинический случай. Разработана и апробирована программа психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством. Проведено исследование, с целью выявления эффективности программы.

Проведенный в данной дипломной работе теоретический и эмпирический анализ нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Время — это цикл нашей жизни, ее длительность, ритм, ее периоды, которые имеют разное значение и смысл для личности. Одним из сложных является вопрос о восприятии времени. Восприятие времени играет важную роль при ориентации человека в окружающем мире и способствует его адаптации в различных ситуациях.

2. В психологической науке временная перцепция – это не единый феномен, а скорее, множество разнообразных явлений. Временная перцепция как психологический феномен: процесс восприятия времени на разных уровнях психической активности: психофизиологический, нейропсихологический, психологический, личностный.

Исследование нейропсихологических механизмов временной перцепции дает возможность осуществлять диагностику, психологическую коррекцию и восстановление восприятия времени, что вызывает тенденцию к переоценке реального времени.

3. Проблема депрессивных и тревожных состояний имеет важное значение для клинической практики. Это объясняется увеличением встречаемости указанных психических нарушений в популяции и их негативным влиянием на человека.

Тревога и депрессия являются самыми распространенными (первичными) и нормальными человеческими эмоциональными реакциями на стрессовые события, разочарования и утраты в жизни. Неудивительно поэтому, что они часто встречаются вместе, хотя в феноменологическом и филогенетическом отношениях представляют собой совершенно разные явления.

4. Под депрессией понимают психопатологическое состояние, характеризующееся сочетанием подавленного настроения и снижения психической и двигательной активности с соматическими вегетативными симптомами.

Тревога - это отрицательное эмоциональное переживание, обусловленное ожиданием чего-то опасного, имеющее диффузный характер и не связанное с конкретным событием.

5. По результатам данной работы было выявлено, что показатели тревоги и депрессии у больных с тревожно-депрессивным расстройством выражены максимально, чем у условно здоровых испытуемых. Это может проявляться в том, что у больных отмечается наличие угнетенного настроения, повышенной утомляемости, внутреннего напряжения; они неспособны расслабиться и концентрироваться, отмечается снижение аппетита и расстройство сна. Больные зачастую характеризуются как неуверенные в себе с низкой самооценкой люди, имеющие наличие идей вины. Такой группе больных характерно значительное снижение интересов и удовольствия от деятельности,

которая обычно была связана с позитивными эмоциями. У них нередко присутствуют фобии и страхи.

6. Показатели процессов когнитивных функций у условно здоровых испытуемых сохранены, у больных с тревожно-депрессивным расстройством - соответствуют легкой степени дефекта когнитивных функций. Это свидетельствует о том, что больные с тревожно-депрессивным расстройством мотивированы и ориентированы, однако испытывают трудности с памятью и концентрацией внимания. При медленном выполнении большинства проб самостоятельно находят правильные решения. Результаты теста свидетельствуют о том, что состояние когнитивных функций больных определяется наличием тревожно-депрессивного синдрома. Математический анализ показал нам статистические различия по показателям когнитивных функций на высоком уровне значимости.

7. Для больных с тревожно-депрессивным расстройством свойственно: более высокий уровень выраженности негативных, отрицательных событий, акцентирование внимания на травматических событиях прошлого, на актуальных переживаниях и отсутствие планов на события в будущем; больные имеют более высокий уровень выраженности временной перспективы в негативном прошлом и фаталистическом настоящем; имеют более высокий уровень выраженности семантического дифференциала времени, что свидетельствует об отсутствии надежды, о низкой поведенческой активности и мотивации жизнедеятельности. В таких случаях время кажется печальным, тусклым, тревожным, серым и темным. Психологическое время кажется пассивным, постоянным, застывшим, расслабленным или даже пустым. Все эти особенности статистически значимо отличаются от условно здоровых испытуемых.

Также мы выявили, что у больных с легким уровнем депрессии и умеренным уровнем различаются степень активности, напряженности, плотности, стремительности и изменчивости времени. Больные с умеренным уровнем депрессии имеют относительно пессимистическое отношение ко

времени и к своей жизни, а также к прошлым событиям. Они наиболее склонны к проявлению отрицательных событий в своей жизни, к снижению процесса переработки знакомой информации, что затрудняет восприятие времени, в сравнении с больными с легким уровнем депрессии.

8. Для выявления взаимосвязи между нейропсихологическими особенностями временной перцепции с тревогой и депрессией у больных с тревожно-депрессивным расстройством и у условно-здоровых испытуемых нами был применен корреляционный анализ Спирмена.

Были получены положительные и отрицательные корреляционные связи, которые указывают на то, что у больных с тревожно-депрессивным расстройством при нарушениях в когнитивной сфере, проявляющихся в переработке знакомой информации, будет наблюдаться снижение позитивных, «теплых» воспоминаний из прошлого, снижение реконструкции прошлого. При повышении нарушений в когнитивной сфере снижается временная перспектива, проявляется безнадежное отношение к будущему и жизни. Когнитивные дисфункции отмечаются при наличии депрессивного состояния. Это может проявляться в снижении активности и продуктивности внимания, работоспособности и памяти. А при наличии позитивного опыта больные с легкостью могут выделять положительные события жизни.

9. Далее, исходя из проведенного исследования, и учитывая выявленные статистические различия по показателям временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством, мы можем сказать, что результаты имеют как диагностический потенциал, так и коррекционный. В связи с этим, была разработана и апробирована программа психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством. Данная программа была проведена на одном клиническом случае.

Целью коррекционной программы является стабилизация эмоционального фона со снижением уровня тревоги, депрессии, оптимизация процессов восприятия времени, трансформация отношения к

будущему, а также формирование навыков эффективного жизненного планирования.

На данный момент мы можем сделать выводы об успешном формировании стабилизации эмоционального фона, о тенденции к снижению тревоги и депрессии, а также о тенденции к формированию оптимальной индивидуальной временной организации, положительному отношению к собственному будущему и планированию жизненных перспектив личности. Об этом нам свидетельствуют результаты исследования, направленные на оценку эффективности программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством: тревога и депрессия субклинически выражены, пессимистическое, негативное отношение к прошлому несколько снижено, повышен уровень отношения к будущему. В восприятии времени также преобладает количество отрицательных событий, но при этом значительно увеличилось количество положительных событий, направленных на будущее.

Таким образом, поставленная цель: выявить нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством – была достигнута.

Данные выводы подтверждают выдвинутые в дипломной работе гипотезы:

1. Нейропсихологическими особенностями временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством выступают: неустойчивый характер субъективного восприятия длительности временных интервалов; высокая событийная дискретность, низкая событийная интегрированность, неустойчивая хронологическая протяженность временной перспективы.

2. С использованием программы психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством возможна стабилизация эмоционального фона со снижением уровня тревоги и депрессии; оптимизация процессов субъективного восприятия длительности временных интервалов;

повышение устойчивости хронологической протяженности временной перспективы.

Дальнейшие перспективы изучения темы нейропсихологические особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством видятся в проведении эмпирических исследований личностных особенностей больных, а также в проведении лонгитюдных исследований динамики развития временной перцепции у таких больных.

Итак, проблему каковы особенности временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством в сравнении с условно здоровыми нужно изучать, освещать в книгах, ведь эти характеристики играют большую роль в процессе жизни, в ее планировании, в развитии межличностных отношений, личностного становления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абульханова, К. А. Время личности и время жизни / К.А. Абульханова, Т.Н. Березина. - СПб.: Алетейя, 2001. - 304 с.
2. Андрух, П.Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств / П.Г. Андрух // Медицинские исследования. Т.1. - 2001. - №1. - С. 109 - 110.
3. Артюнина, А.А. Время биологическое и время субъективное: сравнительные характеристики / А.А. Артюнина // Вестник Иркутского государственного лингвистического университета. - 2012. - №2(19). - С. 125 - 131.
4. Вассерман, Л.И. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах. Пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман, О.Н. Кузнецов // СПбНИПНИ им. Бехтерева, 2005. – 269 с.
5. Вечканова, Е.М. Экспериментальные исследования субъективного восприятия времени и временной перспективы / Е.М. Вечканова // Вестник Кемеровского государственного университета. Т.2. - 2014. - №4(60). - С. 117 - 122.
6. Гасилина, А.Н. Особенности коморбидности, тревожности и депрессии / А.Н. Гасилина // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». - 2011. - № 2. - С. 7 - 12.
7. Герасимов, А.А. Лечение депрессии методом электростимуляции. Устранение депрессии и невроза / А.А. Герасимов.- Екатеринбург, 2017.- №3.- С.64-66.
8. Дюркгейм, Э. О разделении общественного труда / Э. Дюркгейм // М.: Канон, 1996. – 196 с.
9. Ершов, А.А. Время / А.А. Ершов. - СПб.: Речь, 2000. - 134с.
10. Жорняк, Е.С. Нарративная психотерапия/ Е.С Жорняк, Н.В. Савельева // Флогистон. - 2007. - №11. – С. 9-15.

11. Журавлева, А. Л. Психология - наука будущего: Материалы VI Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего» / Под ред. А. Л. Журавлева, Е. А. Сергиенко. - М.: «Институт психологии РАН», 2015. - 592 с.
12. Зайкова, А.С. Фундаментальные аспекты восприятия времени / А.С. Зайкова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. - 2016. - №2(34). - С. 32 - 45.
13. Зейгарник, Б. В. Патопсихология / Б.В Зейгарник. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. С. 41 —47.
14. Зимина, С.В. Восприятие времени человека: медико-психологические аспекты [Электронный ресурс] / С.В. Зимина // Систем. Требования: Adobe Acrobat Reader. - URL: [http ://www.chronos.msu.ru](http://www.chronos.msu.ru) (дата обращения: 10.04.2017).
15. Караваева, Е.В. Клинико-психологическая диагностика, психотерапия и профилактика развития депрессивных нарушений в условиях санатория/ Корнетов Н.А., Караваева Е.В., Корнетов А.Н.// Депрессивные расстройства: сб. тр. междунар. научно-практ. конф., г. Томск, 22-24 апреля 2003 г. – Томск, 2003. – С.170-176.
16. Караваева, Е.В. Социологическое исследование особенностей, степени выраженности тревоги и депрессии у лиц, перенесших стресс / Е.В. Караваева // Известия Томского политехнического университета. - 2010. - № 6. - С. 56 - 72.
17. Карпинский, К.В. Психология жизненного пути личности / К.В. Карпинский. - Гродно: ГрГУ, 2002. - 167 с.
18. Климанова, С.Г. Особенности субъективного восприятия психологического времени пациентов, проходящих лечение от алкогольной и наркотической зависимостей / С.Г. Климанова [и д.р.] // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». Т.9. - 2016. - №4. - С. 50-63.
19. Котельников, Г.П. Студенческая наука и медицина XXI века: С традиции, инновации и приоритеты. X Всероссийская (84-я Итоговая)

студенческая научная конференция с международным участием: сборник материалов // Под ред. Г.П. Котельникова, В.А. Куркина / Г.П. Котельников. - Самара: ООО «Офорт»: ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, 2016. - 453 с.

20. Краснова, Е.А. Нарушение пространственно-временного восприятия при когнитивных расстройствах / Е.А. Краснова, К.Р. Галиуллин // Бодуэновские чтения.- Казань, 2017.- С.113-115.

21. Кузнецов, В.Г. Словарь философских терминов / В.Г. Кузнецов. - М.: ИНФРА - М, 2007. - 57 с.

22. Кутеева, Е.Н. Особенности восприятия времени подростками, воспитывающимися в разных социальных условиях / Е.Н. Кутеева // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - Пенза, 2016. - № 4(134). - С. 337-341.

23. Леонов, С.В. Особенности воспроизведения «пустых» и «заполненных» временных интервалов / С.В. Леонов // МГУ им. М.В. Ломоносова. - Москва, 2007. - №4. - С. 10 - 12.

24. Малютина, Ю.А. Причины возникновения депрессии / Ю.А. Малютина, И.Р. Хох. - Уфа: «Башкирский государственный университет», 2014. - С. 63-76.

25. Международная классификация болезней мкб-10 Краткий вариант, основанный на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. Адаптированный вариант в трех частях.- 593 с.

26. Миронова, В.И. Нейроэндокринные аспекты тревожно-депрессивных расстройств: исследования в моделях на животных. Материалы конференции. Т.8. / В.И. Миронова, Е.А. Рыбникова. – СПб.: Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, 2008. - №1. - С. 371- 372.

27. Мосолов, С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия [Электронный ресурс] / С.Н. Мосолов // Учебная

медицинская литература: электрон. Науч. Журн. 2015. №3. Систем. Требования: Adobe Acrobat Reader. – URL: <https://auno.kz> (дата обращения: 6.04.2017).

28. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А.Д. Наследов // Красноярск: Красноярский гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2013. – 347 с.

29. Перре, М. Клиническая психология и психотерапия. 3 изд. / М. Перре, У. Бауманн. - СПб.: Питер, 2012. – 943 с.

30. Пилягина, Г.Я. Депрессивные нарушения // Журнал практического врача. – 2003. - №1. – С. 40-49.

31. Попович, В.В. Философско-психологические аспекты исследования категории времени / В.В. Попович, В.А. Москвин. - М.: Смысл, 1999. - 425 с.

32. Попович, В.В. Философско-психологические аспекты категории времени / В.В. Попович, В.А. Москвин // Credo. - 1998. - №6(12). - С. 169 - 173.

33. Пэрриш, Д. Взгляд на тревогу и депрессию с позиции психолога-психотерапевта / Д. Пэрриш // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». - 2014. - №1. - С. 27 - 52.

34. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский // М.: Бахрах-М, 2011. – 362 с.

35. Рамендик, Д.М. Психология и психологический практикум для гуманитарных специальностей / Д.М. Рамедник, О.В. Солонкина. - М.: Смысл, 2007. - 194 с.

36. Рогачева, Т.В. Рецензия на руководство «Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) И.М. Тонконового» // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. - 2015. - №4(10) – С. 34 -39.

37. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. - 2-е изд. - СПб: Питер, 2000. - 720 с.

38. Савенко, Л.М. Тревожно-депрессивные расстройства и их лечение / Л.М. Савенко, Н.В. Свиридова // Психическое здоровье. - Луганск: Луганская

областная клиническая психоневрологическая больница, 2010. - №1. - С. 89 - 100.

39. Селиванова, Д.С. Нейропсихологические механизмы временной перцепции при алкогольной зависимости / Д.С. Селиванова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2015. - №3. - С. 81- 88.

40. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей / А.Б. Смулевич. - М.: МИА, 2001. - 256 с.

41. Солощенко, П.П. Время как форма сознания: опыт философского дискурса / П.П. Солощенко // Вестник Омского университета. - 2012. - № 1. - С. 24 - 30.

42. Трусова, А.А. Особенности субъективного восприятия времени пациентов, проходящих лечение от алкогольной и наркотической зависимостей / А. А. трусова [и д.р.] // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология» Т.9. - 2016. - № 4. - С. 50 - 63.

43. Фатеева, Ю.Г. Особенности пространственно-временного восприятия мира как причина адаптивных проблем в процессе обучения иностранных студентов в России / Ю.Г. Фатеева // Традиционная и новационная наука.- Уфа, 2017.- С.74-76.

44. Федотова, А.В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике / А.В. Федотова // Российский государственный медицинский университет. - Москва, 2008. - С. 56 - 75.

45. Хабарова, Т.Ю. Применение арт-терапии в лечении депрессивных и зависимых пациентов / Т.Ю. Хабарова // Молодой ученый. — 2015. — №4. — С. 107-111.

46. Хасанов, И.А. Биологическое время / И.А. Хасанов. - М.: ИПКГосслужбы, 1999. - 39 с.

47. Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. - 3-е изд. - СПб.: Питер, 2010. - 992 с.

48. Цуканов, Б.И. Время в психике человека / Б.И. Цуканов. - Одесса: «АстроПринт», 2000. - 220 с.
49. Шляхтин, Г.С. Трансформация механизмов субъективной оценки длительности коротких интервалов времени / Г.С. Шляхтин // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: социальные науки. - 2004. - №1. - С. 81-86.
50. Clark, D., Cognitive theory and therapy of anxiety and depression/ D. Clark, A. Beck // San Diego. - 1989.
51. Kendall P., Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. J. Cognitive Therapy and Research / P. Kendall, D. Cantwell, A. Kazdin // New-York. - 1989. - №13. – С.109-146.
52. Whorf, B. The Relation of Habitual Thought and Behavior to Language., 1956 // Перевод Л. Н. Натан и Е.С. Турковой / В. Whorf. - М.: «Иностранная литература», 1960. - 368 с.
53. Zigmond, A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. - 1983. - №67. - С. 361-370.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Клиническая беседа (Б.В. Зейгарник)

Цели клинической беседы:

1. Установление контакта с больным (в том числе на эмоциональном уровне).
2. Информирование больного (естественно, в краткой форме и на доступном ему уровне) о характере обследования и его целях.
3. Выяснение жалоб больного, степени его ориентировки в собственном состоянии и критичности к имеющимся проявлениям заболевания.
4. Выяснение качества ориентировки в месте и времени.
5. Выявление мануальных предпочтений испытуемого.
6. Уже в клинической беседе можно заметить наличие нарушений понимания обращенной речи, речевой моторики, памяти, мимики и др.

Примерный перечень вопросов:

1. Как вас зовут? Сколько вам лет?
2. Как вы себя чувствуете?
3. Где вы сейчас находитесь?
4. Назовите какое сегодня число?
5. Какие у вас жалобы?
6. Согласны ли вы принять участие в исследовании?
7. Расскажите о своей семье.
8. С чего и когда началось ваше заболевание?

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Шкала, разработанная A.S.Zigmond и R.P.Snaith в 1983 г., относится к субъективным и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общемедицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга).

Рекомендации по применению шкалы

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- подшкала А – «тревога» (от англ. «anxiety»): нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- подшкала D «депрессия» (от англ. «depression»): четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания:

«Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением Ваша первая реакция всегда будет самой верной».

Инструкция: Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Интерпретация результатов: при интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений:

- 0-7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии),
- 8-10 — субклинически выраженная тревога/депрессия,
- 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла

Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы

Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов

Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия

Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл

Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе

- 3 - все время
- 2 - часто
- 1 - время от времени, иногда
- 0 - совсем не испытываю

2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться

- 3 - определенно это так, и страх очень велик
- 2 - да, это так, но страх не очень велик
- 1 - иногда, но это меня не беспокоит
- 0 - совсем не испытываю

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове

- 3 - постоянно
- 2 - большую часть времени
- 1 - время от времени и не так часто
- 0 - только иногда

4. Я легко могу присесть и расслабиться

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверно, это так
- 2 - лишь изредка, это так
- 3 - совсем не могу

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

- 0 - совсем не испытываю
- 1 - иногда
- 2 - часто
- 3 - очень часто

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться

- 3 - определенно, это так
- 2 - наверно, это так
- 1 - лишь в некоторой степени, это так
- 0 - совсем не испытываю

7. У меня бывает внезапное чувство паники

- 3 - очень часто
- 2 - довольно часто
- 1 - не так уж часто
- 0 - совсем не бывает

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверное, это так
- 2 - лишь в очень малой степени, это так
- 3 - это совсем не так

2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 0 - определенно, это так
- 1 - наверное, это так
- 2 - лишь в очень малой степени, это так
- 3 - совсем не способен

3. Я испытываю бодрость

- 3 - совсем не испытываю
- 2 - очень редко
- 1 - иногда
- 0 - практически все время

4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 3 - практически все время
- 2 - часто
- 1 - иногда
- 0 - совсем нет

5. Я не слежу за своей внешностью

- 3 - определенно, это так
- 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
- 0 - я слежу за собой так же, как и раньше

6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения

- 0 - точно так же, как и обычно
- 1 - да, но не в той степени, как раньше
- 2 - значительно меньше, чем обычно
- 3 - совсем так не считаю

7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

- 0 - часто
- 1 - иногда
- 2 - редко
- 1 - очень редко

Количество баллов (ТРЕВОГИ) _____ Количество баллов (ДЕПРЕССИИ) _____

Шкала Цунга для самооценки депрессии

Тест для самооценки депрессии был разработан в Университете Дюка психиатром доктором Уильямом Цунгом. Тест позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства. При помощи «Шкалы Цунга» испытуемый или врач могут произвести самостоятельное обследование или скрининг депрессии. Тест «Шкала Цунга» обладает высокой чувствительностью и специфичностью и позволяет избежать дополнительных экономических и временных затрат, связанных с медицинским обследованием этических проблем.

В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты делятся на четыре диапазона:

- 25-49 Нормальное состояние
- 50-59 Легкая депрессия
- 60-69 Умеренная депрессия
- 70 и выше Тяжелая депрессия

В нашей стране тест адаптирован в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева Т.И. Балашовой.

Процедура проведения

Полная процедура тестирования с обработкой занимает 20-30 минут.

Испытуемый отмечает ответы на бланке.

Инструкция

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

- А (1) – никогда или изредка
- В (2) – иногда
- С (3) – часто
- D (4) – почти всегда или постоянно

Обработка результатов

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

$$УД = \sum_{пр} + \sum_{обр.}$$

где $\sum_{пр}$ – сумма зачеркнутых цифр к "прямым" высказываниям № 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19;

$\sum_{обр.}$ – сумма цифр, "обратных" зачеркнутым, к высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12,14,16,17, 18,20.

Например:

- у высказывания №2 зачеркнута цифра 1, мы ставим в сумму 4 балла;
- у высказывания №5 зачеркнут ответ 2 – ставим в сумму 3 балла;
- у высказывания №6 зачеркнут ответ 3 – ставим в сумму 2 балла;
- у высказывания №11 зачеркнут ответ 4 – ставим в сумму 1 балл и т.д

Интерпретация результатов

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

- Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.
- Если УД более 50 и менее 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.
 - Показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.
 - Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

Фамилия _____ Дата _____

Инструкция: "Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет".

- А – никогда или изредка
- В – иногда
- С – часто
- D – почти всегда или постоянно

Утверждения	А	В	С	D
1. Я чувствую подавленность	1	2	3	4
2. Утром я чувствую себя лучше всего	1	2	3	4
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4. У меня плохой ночной сон	1	2	3	4
5. Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7. Я замечаю, что теряю вес	1	2	3	4
8. Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно	1	2	3	4
10. Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11. Я мыслю так же ясно, как всегда	1	2	3	4
12. Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте	1	2	3	4
14. У меня есть надежды на будущее	1	2	3	4
15. Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16. Мне легко принимать решения	1	2	3	4

17. Я чувствую, что полезен и необходим	1	2	3	4
18. Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

«Субъективная оценка длительности времени» (SALT) И.В.

Запесоцкой и Д.С. Селивановой

Инструкция: нажмите на кнопку «Пуск». После нажатия на кнопку «Пуск» Вам необходимо нажимать на данную кнопку через каждые 5 сек.

Инструкция 2: нажмите на кнопку «Пуск». После нажатия на кнопку «Пуск» Вам необходимо нажать на данную кнопку через 30 сек.

Интерпретация результатов:

«Ускорение временных интервалов» - если нажатие на кнопку происходит раньше установленного времени.

«Замедление временных интервалов» - если нажатие на кнопку происходит позже установленного времени.

Бланк

	РЕЗУЛЬТАТЫ
1 НАЖАТИЕ 5 С.	
2 НАЖАТИЕ 5С.	
3 НАЖАТИЕ	
4 НАЖАТИЕ	
5 НАЖАТИЕ	
НАЖАТЬ НА КНОПКУ ЧЕРЕЗ 30 С.	

Метод Событийной реконструкции временной перспективы личности

В.Б. Никишиной

Моделирование событийного пространства личности представлено в схематическом изображении двух окружностей разного диаметра, изображенных одна внутри другой. Процедура методики событийной реконструкции временной перспективы личности реализуется в два этапа: 1) диагностический и 2) психотерапевтический. На первом этапе испытуемым предлагается вспомнить события своей жизни, происходившие в прошлом, и отметить их точкой (указать время и название события) на внешней окружности.

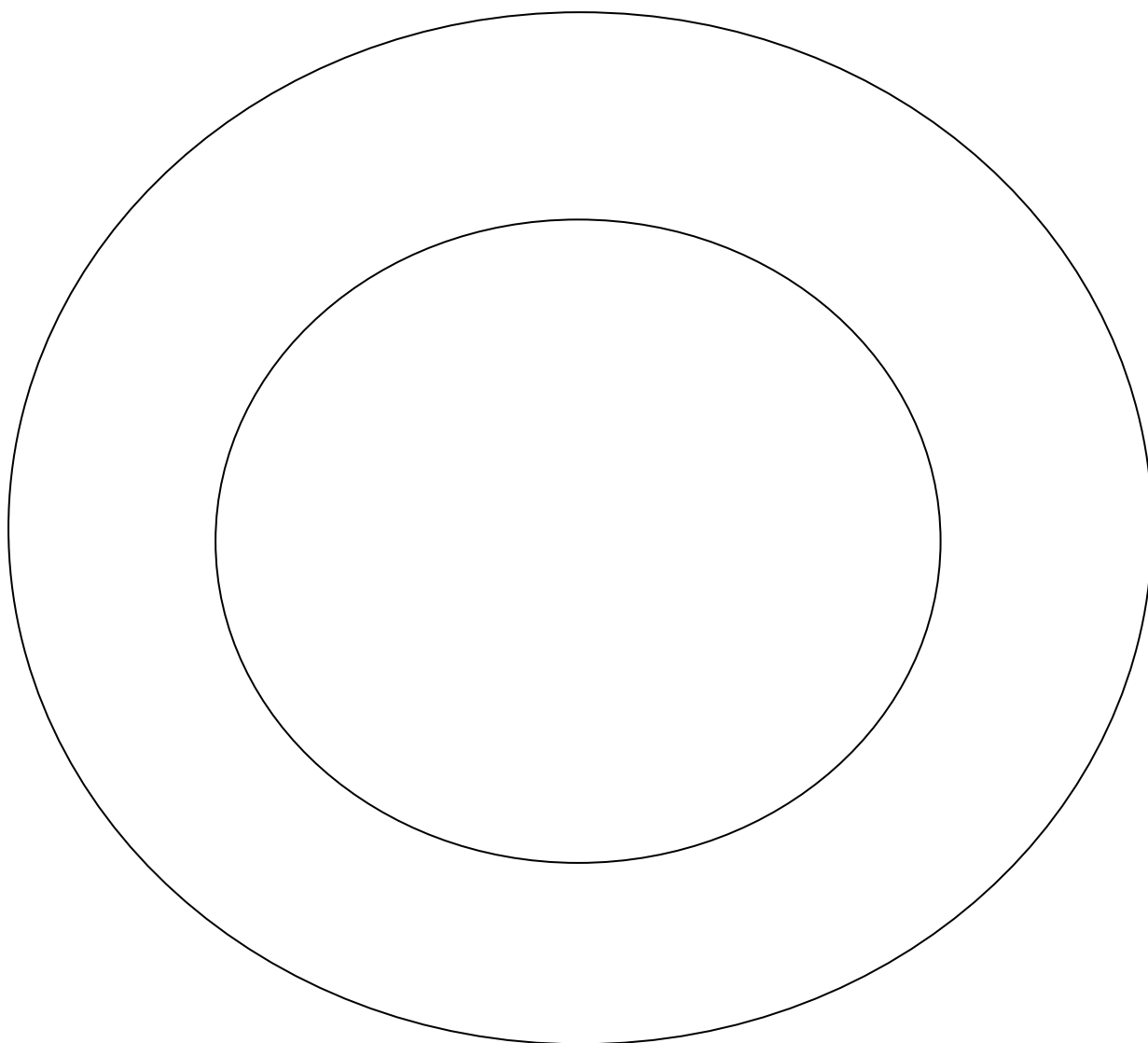
Затем на внутренней окружности им необходимо отделить чертой настоящее от будущего и отметить события (указав время и название) настоящего и будущего. Далее около каждого отмеченного жизненного события ставится знак «+» или «-», характеризующий эмоциональное отношение к каждому событию. В завершение первого этапа испытуемым необходимо отметить связи между событиями, соединив их стрелками: между событиями прошлого и настоящего; между событиями прошлого и будущего; между событиями прошлого; между событиями настоящего и будущего.

Процедура психотерапевтического этапа методики аналогична диагностическому этапу с единственным отличием в обозначении окружностей: на внешней окружности отмечаются события настоящего и будущего, а на внутренней – события прошлого.

Методика событийной реконструкции включает ряд процедур. Процедуры психодиагностического этапа: определение хронологических границ, размеров и содержания прошлого, настоящего и будущего; оценка эмоционального отношения к событиям (+/-); обозначение взаимосвязей между событиями.

Процедурами психотерапевтического этапа являются: отсроченное определение событий настоящего и будущего; отсроченное определение хронологических границ, размеров и содержания прошлого; обозначение взаимосвязей реконструированных событий прошлое – настоящее и прошлое – будущее.

Бланк



Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС)

Для проведения обследования потребуется Бланк Проведения и Обработки, Стимульный материал, Бланк для ответов, карандаш или ручку для себя, карандаш и ластик для обследуемого. Выполнение субтестов не ограничено по времени, но для характеристики поведения пациента в отчете можно указать приблизительное время выполнения некоторых заданий, особенно выполняемых слишком быстро или медленно. Желательно проводить обследование в изолированной тихой комнате, со столом и удобными стульями.

Инструкция: «Я буду просить вас выполнять задания, некоторые из них покажутся вам очень простыми, некоторые более сложными. Старайтесь выполнить задание как можно лучше, даже если оно кажется вам странным или бессмысленным». Скажите больному, что после тестирования вы обсудите результаты и как он выполнил отдельные субтесты. Будьте готовы выделить несколько минут для обсуждения. Подобное обсуждение должно проводиться или курироваться квалифицированным специалистом.

Вы можете повторять или переформулировать инструкцию к заданиям, если это необходимо, чтобы помочь испытуемому понять задание. Однако не стоит делать это более, чем дважды для одного задания. Следует всегда записывать любые трудности понимания обследуемым инструкций.

Обработка КНОКС: для большинства заданий необходимо обвести 1, когда обследуемый дает правильный ответ, и 0, когда неправильный. В обоих случаях, данный обследуемым ответ фиксируется в Бланке Проведения и Обработки. Некоторые задания КНОКС требуют оценки на основе количества допущенных ошибок, и в паре заданий требуется обвести количество правильно данных ответов.

Общий балл

28-30 - *нет нарушений*, больные с данными значениями балла способны самостоятельно себя обслуживать;

22-27 -легкая *степень дефекта*, больные сданными значениями балла способны самостоятельно себя обслуживать;

10-21- *средняя степень*, больные с данными значениями балла могут быть неспособны самостоятельно себя обслуживать;

0-9- *тяжелая степень*, больные с данными значениями балла могут быть неспособны самостоятельно себя обслуживать

Методика КНОКС. Бланк «Проведение и обработка»

Ф.И.О. больного _____
 Номер истории болезни _____
 Возраст _____ Пол _____
 Дата тестирования _____
 Родной язык _____
 Год окончания обучения _____

Общие сведения: _____

Результаты

Обведите в кружок балл, соответствующий сырому баллу, полученному по каждому субтесту. Сложите обведенные баллы, чтобы получить Общий сырой балл, затем просуммируйте Общие сырые баллы, чтобы получить балл по части 1 и по части 2. Сложите Балл по первой и по второй частям для получения Общего балла. Разделите Балл части 1 на Балл части 2, чтобы получить Индекс достоверности. Соедините линией обведенные баллы, чтобы получить профиль. Воспользуйтесь справочником, где описаны различия паттернов результатов больных с неврологическими и психиатрическими расстройствами.

Часть 1

Степень нарушения	Ориентировка	Память на президентов	Названия	Понимание	Конструктивный графис	Общий сырой балл
	1	2	3	4	5	
Нет	8-9	3-4	4	7-8	6	
	3	3	3	3	3	
Легкая	6-7	2	3	5-6	5	
	2	2	2	2	2	
Средняя	4-5	1	2	3-4	2-4	
	1	1	1	1	1	
Тяжелая	0-3	0	0-1	0-2	0-1	
	0	0	0	0	0	

Балл части 1 _____

Часть 2

Степень нарушения	Набор последовательностей	Незавершенные изображения	Нахождение сходства	Внимание	Рабочая память	Общий сырой балл
	6	7	8	9	10	
Нет	8-9	7-8	3	8-9	3	
	3	3	3	3	3	
Легкая	7	5-6	2	6-7	2	
	2	2	2	2	2	
Средняя	4-6	2-4	1	3-5	1	
	1	1	1	1	1	
Тяжелая	0-3	0-1	0	0-2	0	
	0	0	0	0	0	

Балл части 2 _____

$$\square + \square = \square$$

Балл части 1 Балл части 2 Общий балл

$$\square \div \square = \square$$

Балл части 1 Балл части 1 Индекс достоверности

(значение индекса менее 0,8 говорит о неблагоприятной тенденции или об афатическом состоянии, мешающим больному продемонстрировать свои актуальные способности в КНОКС).

Общий балл

28-30 – **нет нарушений**, больные с данными значениями балла способны самостоятельно себя обслуживать;

22-27 – **легкая степень дефекта**, больные с данными значениями балла способны самостоятельно себя обслуживать;

10-21 – **средняя степень**, больные с данными значениями балла могут быть неспособны самостоятельно себя обслуживать;

0-9 – **тяжелая степень**, больные с данными значениями балла могут быть неспособны самостоятельно себя обслуживать.

Часть 1

Обведите ответ

Неправильно Правильно

1. Ориентировка

Время: «Какое сегодня число?»

1. Год _____	0	1
2. Месяц _____	0	1
3. Число _____	0	1
4. День недели _____	0	1

Место:

5. «В каком городе мы находимся?» _____	0	1
6. «Что это за учреждение, в котором Вы сейчас находитесь?» _____	0	1
7. «Дайте точное название этого места. Как называется учреждение, в котором Вы сейчас находитесь?» _____	0	1

Автобиографические данные:

8. «Сколько вам лет?» _____	0	1
9. «Назовите дату вашего рождения» _____	0	1

Сырой балл по тесту «Ориентировка» (максимум 9)

2. «Память на президентов»

10. «Кто сейчас президент Российской Федерации?» _____	0	1
11. «Кто был президентом до него?» _____	0	1
12. «Кто возглавлял страну во время второй мировой войны?» _____	0	1
13. «Назовите царя который был расстрелян со своей семьей в Екатеринбурге?» _____	0	1

Сырой балл теста «Память на президентов» (макс 4)

3. Называние

(спрашивайте «Что это?» и дотрагивайтесь до соответствующей части тела)

14. Ноготь _____	0	1
15. Бровь _____	0	1
16. Ресницы _____	0	1
17. Мочка уха _____	0	1

Сырой балл по тесту «Называние» (макс 4)

4. Понимание

18. «Поднимите правую руку»	Не выполнил	Выполнил
19. «Поднимите левую руку»	Не выполнил	Выполнил

(если больной не выполнил задание 18 или 19, дальше задания на понимания не предъявляются.

При успешном выполнении задания продолжают предъявляться, но баллы за задания 18 и 19 не включаются в Сырой балл)

	Неправильно	Правильно
20. Дотроньтесь до своего правого уха	0	1
21. Дотроньтесь до своего левого уха.....	0	1
22. Дотроньтесь до своего левого уха правой рукой	0	1
23. Дотроньтесь до своего правого уха левой рукой	0	1
24. Дотроньтесь до моей правой руки.....	0	1
25. Дотроньтесь до моей левой руки.....	0	1
26. Дотроньтесь до моей правой руки своей левой рукой.....	0	1
27. Дотроньтесь до моей левой руки своей правой рукой.....	0	1

Сырой балл по тесту «Понимание» (макс 8)

5. Конструктивный праксис

Предъявите пациенту Бланк для ответов так, чтобы видна была только страница 63. предъявите только Изображение КП-1. После того как оно будет перерисовано, предъявите Изображение КП-2 и КП-3. За ошибку считаются: пропущенные элементы, принесения, неправильно расположенные элементы

	ОШИБКИ		
	≥ 3	1-2	Нет ошибок
28. Срисуйте Изображение КП-1 _____	0	1	2
29. Срисуйте Изображение КП-2 _____	0	1	2
30. Срисуйте Изображение КП-3 _____	0	1	2

Сырой балл по тесту «Конструктивный праксис» (макс 6)

Часть 2

6. Набор последовательностей.

Повторяющиеся изображения. Положите Бланк для ответов перед пациентом таким образом, чтобы было видно только страницу 64. Предъявите только Изображение ПИ-1. Попросите срисовать. После выполнения, откройте чистый Бланк, уберите Изображение ПИ-1 и попросите пациента нарисовать по памяти Изображение ПИ-1. Таким же образом предъявите Изображение ПИ-2 и Изображение ПИ-3. За ошибку считаются: пропущенные элементы, привнесения, неправильно расположенные элементы.

	Неправильно	Правильно
31. Срисуйте Изображение ПИ-1 _____	0	1
32. Нарисуйте по памяти Изображение ПИ-1 _____	0	1
33. Срисуйте Изображение ПИ-2 _____	0	1
34. Нарисуйте по памяти Изображение ПИ-2 _____	0	1
35. Срисуйте Изображение ПИ-3 _____	0	1
36. Нарисуйте по памяти Изображение ПИ-3 _____	0	1

Реципрокная моторная координация

Инструкция: «Когда я покажу вам один палец, вы покажете мне два. Когда я покажу два пальца, вы покажете один». Сделайте несколько предварительных проб, затем приступайте к заданию 37. Если моторные нарушения или апраксия мешают выполнению, ответ может быть заменен на вербальный.

	Неправильно	Правильно	Количество ошибок: ≥ 2 1 нет						
2 пальца <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<table border="1"> <tr> <td>≥ 2</td> <td>1</td> <td>нет</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	≥ 2	1	нет	0	1
≥ 2	1	нет							
0	1	2							
1 палец <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
1 палец <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
2 пальца <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
1 палец <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Называние месяцев в обратном порядке.

	≥1 ошибки	Правильная последовательность
38. «Называйте месяцы года в обратном порядке, начиная с Декабря»	0	1

Сырой балл по тесту «Набор последовательностей» (макс 9)

7. Незавершенные изображения.

Предъявите только Изображение 1. Задание 39: попросите пациента определить, что за предмет изображен на незавершенном изображении. То же для Изображения 2, 3, 4. Повторите процедуру в Задании 40 (Изображения 5 - 8), Задании 41 (Изображения 9 - 12). Записывайте все ответы пациента.

	Число правильно опознанных объектов					
39. 1. Чайник _____		0	1	2	3	4
2. Якорь _____						
3. Ножницы _____						
4. Очки _____						
40. 5. Ножницы _____	баллы не подсчитываются.	0	1	2	3	4
6. Очки _____						
7. Якорь _____						
8. Чайник _____						
41. 9. Чайник _____		0	1	2	3	4
10. Якорь _____						
11. Ножницы _____						
12. Очки _____						

Сырой балл по тесту «Незавершенные изображения» (макс 8)

8. Нахождение сходства

Записывайте все ответы.

	Неправильно	Правильно
42. «Что общего у сливы и вишни?» _____	0	1
43. «Что общего у молотка и отвертки?» _____	0	1
44. «Что общего у судьи и милиционера?» _____	0	1

Сырой балл по тесту «Нахождение сходства» (макс 3)

9. Внимание

Прослеживание

Предъявите обследуемому Бланк для ответов таким образом, чтобы была видна только страница 68 (тренировочный тест). Инструкция пробного задания: соединить цифры в последовательность от 1 к 2, от 2 к 3 и так далее до цифры 6. После завершения, расположите Бланк, чтобы была видна только страница 69 (основной тест), попросите испытуемого выполнить задание 45, соединяя цифры от 1 до 12 в последовательность. Далее проведите второе пробное задание и задание 46 (страницы 68 и 69) (инструкция: соедините цифры в последовательность так, чтобы чередовались наибольшие и наименьшие цифры – от 1 к 6, от 6 к 2, от 2 к 5 и так далее для пробного задания, и от 1 к 12, от 12 к 2, от 2 к 11 и так далее для задания 46).

	Количество ошибок:		
	≥ 2	1	нет
45. Соедините числа в возрастающую последовательность	0	1	2
	Количество ошибок:		
	≥ 3	2	1
	нет		
46. Соедините числа, чередуя возрастающую и убывающую последовательности	0	1	2
			3

Запоминание для теста «Рабочая память»

Подготовка проведения задания 50: попросите обследуемого повторить слова «стол», «кот», «окно» более 2 раз, затем скажите: «Пожалуйста, постарайтесь запомнить эти слова. Позже я попрошу вас их вспомнить»

Счет

	Неправильно	Правильно
47. «20-5=?» _____	0	1
48. «23- 7=?» _____	0	1
49. «Пожалуйста, считайте назад тройками, начиная с 40: 40-3, затем полученное число минус 3 и так далее»		
Остановите обследуемого, когда будут названы четыре числа после 40.	Количество правильно названных:	
	нет	1
		≥ 2
	0	1
		2

Сырой балл по тесту «Внимание» (макс 9)

10. Рабочая память

Количество правильно названных слов:

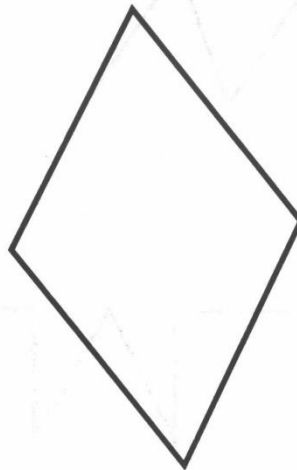
50. «Вспомните слова, которые я просил запомнить» стол _____ кот _____ окно _____	0	1	2	3
---	---	---	---	---

Сырой балл по тесту «Рабочая память» (макс 3)

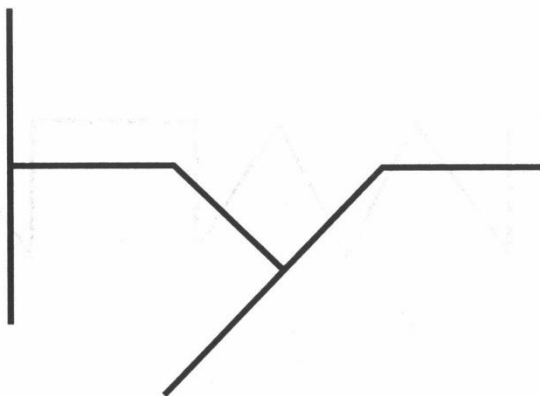
Приложение 2. Стимульный материал

Субтест 5

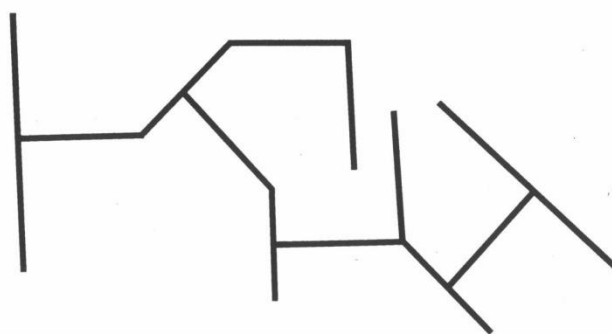
КП1



КП2



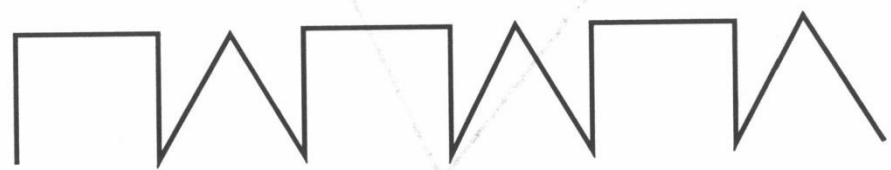
КП3



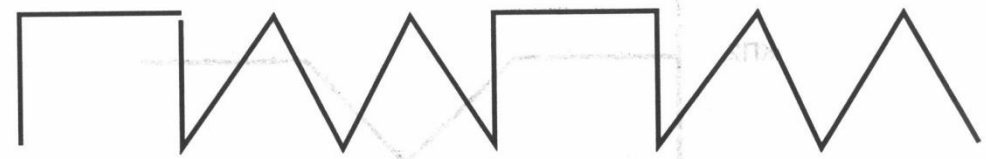
ПИ1



ПИ2

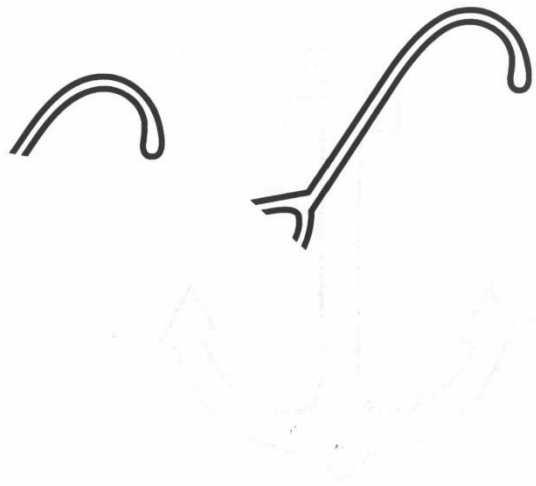
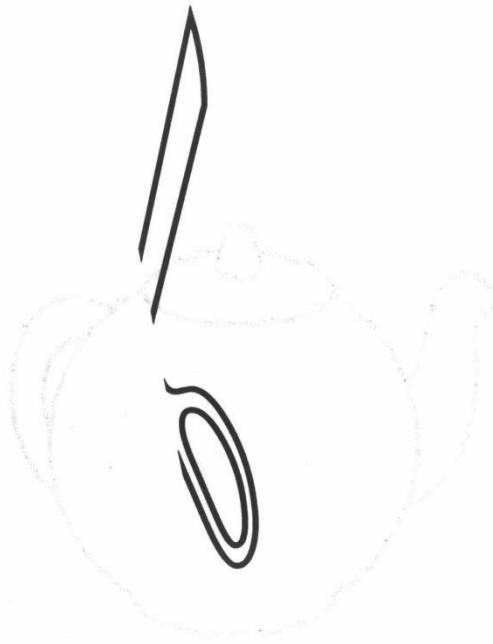
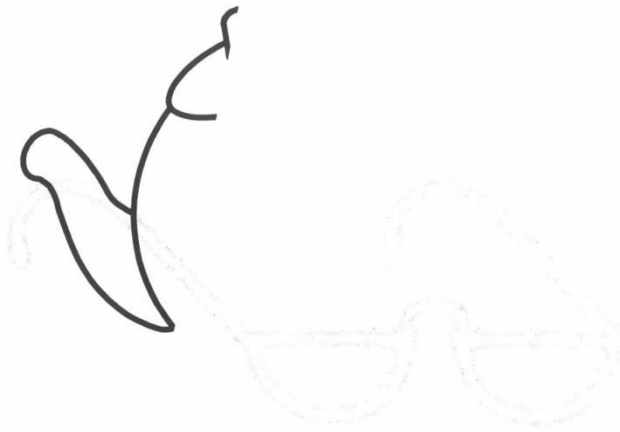


ПИ3



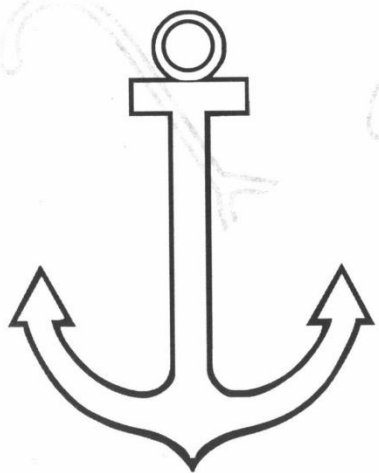
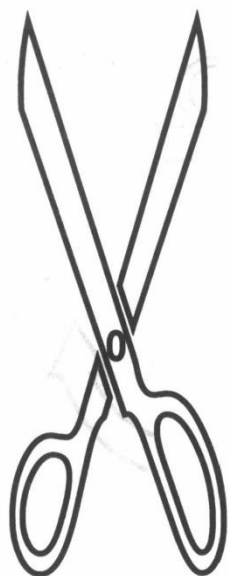
Субтест 7

Изображения 1-4

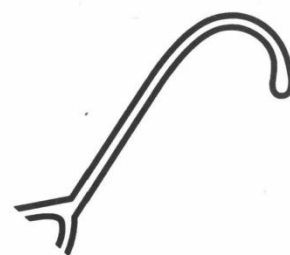
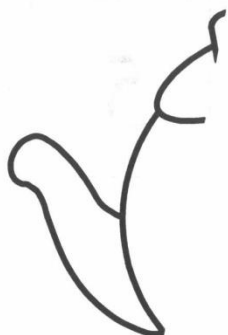


Изображения 5—8

Р-Т выносятся



Изображения 9—12



А. Тренировочный тест

3

2

5

1

4

6

Б.Основной тест

10

8

7

3

9

6

2

4

12

11

5

1

Опросник временной перспективы Зимбардо

Опросник временной перспективы Зимбардо разработан Ф. Зимбардо в соавторстве с А. Гонзалесом в 1997 году. При обследовании 12000 респондентов, авторами было выделено 7 временных факторов, количество которых при дальнейшем скрупулёзном статистическом анализе было сокращено до 5. Данная пятифакторная структура является устойчивой и воспроизводимой, что подтверждено дальнейшими исследованиями.

Оригинальная версия опросника состоит из 56 пунктов, ответы по которой распределяются по 5-балльной шкале Ликкерта. Из опросника возможно извлечение 5 показателей:

1. **Фактор восприятия негативного прошлого.** Выражает степень неприятия собственного прошлого, вызывающего отвращение, полного боли и разочарований.
2. **Фактор восприятия позитивного прошлого.** Выражает степень принятия собственного прошлого, при котором любой опыт является опытом, способствующим развитию и приведшим к сегодняшнему состоянию.
3. **Фактор восприятия гедонистического настоящего.** При этом настоящее видится оторванным от прошлого и будущего, единственная цель - наслаждение.
4. **Фактор восприятия фаталистического настоящего.** При это оно видится независимым от воли личности, изначально предопределённым, а личность - подчинённым судьбе.
5. **Степень ориентации на будущее.** Выражает наличие у личности целей и планов на будущее.

Инструкция

Пожалуйста, прочитайте все предлагаемые пункты опросника и как можно более честно ответьте на вопрос: «Насколько это характерно или верно в отношении Вас?» Отметьте свой ответ в соответствующей ячейке, используя шкалу (1 - совершенно не верно, 2 - скорее неверно, 3 - нейтрально, 4 - скорее верно, 5 - совершенно верно). Пожалуйста, ответьте на ВСЕ вопросы.

Интерпретация

Шкала	В прямых значениях	В обратных
Негативное прошлое	4, 5, 16, 22, 27, 33, 34, 36, 50, 54	
Гедонистическое настоящее	1, 8, 12, 17, 19, 23, 26, 28, 31, 32, 42, 44, 46, 48, 55	
Будущее	6, 10, 13, 18, 21, 30, 40, 43, 45, 51	9, 24, 56
Позитивное прошлое	2, 7, 11, 15, 20, 29, 49	25, 41
Фаталистическое настоящее	3, 14, 35, 37, 38, 39, 47, 52, 53	

- «Негативное прошлое» наиболее коррелирует с импульсивностью, обидой, депрессией, тревогой, низкой самооценкой, агрессивностью, подозрительностью, раздражительностью; отрицательно коррелирует с факторами «добросовестность» и «поиск новых ощущений».

Особенно интересным является корреляция этого фактора с фактором «Фаталистическое настоящее».

- Фактор «Гедонистическое настоящее» коррелирует фактором «Позитивное настоящее» с импульсивностью и поиском новых ощущений; негативно связан с добросовестностью и фактором «Будущее».
- Фактор «Будущее» положительно коррелирует с добросовестностью, положительной самооценкой; отрицательно - с импульсивностью, тревогой и депрессией.
- Фактор «Позитивное прошлое» позитивно связан с эмпатией и отрицательно - с физической агрессией, с остальными факторами связь не подтвердилась.
- Фактор «Фаталистическое настоящее» связан с низкой самооценкой, импульсивностью, депрессией, обидой и подозрительностью; отрицательно коррелирует с добросовестностью.

Бланк

Утверждение	1	2	3	4	5
1. Я считаю, что весело проводить время со своими друзьями – одно из важных удовольствий в жизни.					
2. Знакомые с детства картины, звуки, запахи часто приносят с собой поток замечательных воспоминаний.					
3. Судьба многое определяет в моей жизни.					
4. Я часто думаю о том, что я должен(-на) был(а) сделать в своей жизни иначе.					
5. На мои решения в основном влияют окружающие меня вещи и люди.					
6. Я считаю, что каждое утро человек должен планировать свой день.					
7. Мне приятно думать о своем прошлом.					
8. Я действую импульсивно.					
9. Я не беспокоюсь, если мне что-то не удастся сделать вовремя.					
10. Если я хочу достичь чего-то, я ставлю перед собой цели и размышляю над тем, какими средствами их достичь.					
11. Вообще говоря, в моих воспоминаниях о прошлом гораздо больше хорошего, чем плохого.					
12. Слушая свою любимую музыку, я часто забываю про время.					
13. Если завтра необходимо закончить (сдать) работу и предстоят другие важные дела, то сегодня я думаю о них, а не о развлечениях сегодняшнего вечера.					
14. Если уж чему-то суждено случиться, то от моих действий это не зависит.					
15. Мне нравятся рассказы о том, как все было в старые добрые времена.					
16. Болезненные переживания прошлого продолжают занимать мои мысли.					
17. Я стараюсь жить полной жизнью каждый день, насколько это возможно.					
18. Я расстраиваюсь, когда опаздываю на заранее назначенные встречи.					
19. В идеале, я бы прожил(а) каждый свой день так, словно он последний.					
20. Счастливые воспоминания о хороших временах с легкостью приходят в голову.					
21. Я вовремя выполняю свои обязательства перед					

друзьями и начальством.					
22. В прошлом мне досталась своя доля плохого обращения и отвержения.					
23. Я принимаю решения под влиянием момента.					
24. Я принимаю каждый день, каков он есть, не пытаюсь планировать его заранее.					
25. В прошлом слишком много неприятных воспоминаний, я предпочитаю не думать о них.					
26. Важно, чтобы в моей жизни были волнующие моменты.					
27. В прошлом я совершил(а) ошибки, которые хотел(а) бы исправить.					
28. Я чувствую, что гораздо важнее получать удовольствие от процесса работы, чем выполнить её в срок.					
29. Я скучаю по детству.					
30. Прежде чем принять решение, я взвешиваю, что я затрачу, и что получу.					
31. Риск позволяет мне избежать скуки в жизни.					
32. Для меня важнее получать удовольствие от самого путешествия по жизни, чем быть сосредоточенным(-ной) только на цели этого путешествия.					
33. Редко получается так, как я ожидаю.					
34. Мне трудно забыть неприятные картины из моей юности.					
35. Процесс деятельности перестает приносить мне удовольствие, если приходится думать о цели, последствиях и практических результатах.					
36. Даже когда я получаю удовольствие от настоящего, я все равно сравниваю его с чем-то похожим из своего прошлого.					
37. Ты реально не можешь планировать свое будущее, потому что все слишком изменчиво.					
38. Мой жизненный путь контролируется силами, на которые я не могу повлиять.					
39. Нет смысла беспокоиться о будущем, так как я все равно ничего не могу сделать.					
40. Я выполняю намеченное вовремя, постепенно продвигаясь вперед.					
41. Я замечаю, что теряю интерес к разговору, когда члены моей семьи начинают вспоминать былое.					
42. Я рискую, чтобы придать жизни остроты и возбуждения.					

43. Я составляю список того, что мне надо сделать.					
44. Я чаще следую порывам сердца, чем доводам разума.					
45. Я способен(-на) удержаться от соблазнов, если знаю, что меня ждет работа, которую нужно сделать.					
46. Волнующие моменты часто захватывают меня.					
47. Сегодняшняя жизнь слишком сложна, я бы предпочел(-ла) более простое прошлое.					
48. Я предпочитаю таких друзей, которые спонтанны и раскованы, а не очень предсказуемы.					
49. Мне нравятся семейные традиции, которые постоянно соблюдаются.					
50. Я думаю о том плохом, что произошло со мной в прошлом.					
51. Я продолжаю работу над трудными и неинтересными заданиями, если это поможет мне продвинуться вперед.					
52. Лучше потратить заработанные деньги на удовольствия сегодняшнего дня, чем отложить на черный день.					
53. Часто удача дает больше, чем упорная работа.					
54. Я часто думаю о том хорошем, что упустил(-а) в своей жизни.					
55. Мне нравится, когда мои близкие отношения исполнены страсти.					
56. Придерживаюсь мнения, что «работа не волк, в лес не убежит».					

Методика семантического дифференциала времени

Семантический дифференциал времени проводится индивидуально и в группах. Испытуемому дают 3 бланка СДВ, где в каждом напечатано 25 идентичных полярных определений (качеств или свойств), характеризующих время.

Инструкция: оцените свое настоящее время, затем свое прошедшее и, наконец, свое будущее время.

В каждом ряду семантического дифференциала времени испытуемый должен подчеркнуть то прилагательное, которое соответствует в данный момент его ощущения времени. Цифры 1, 2, 3 на шкалах означают выраженность названного свойства времени. Цифра 1 отмечает слабость, незначительность, 2 – умеренность и 3 – значительность выраженности этого качества времени для пациента.

В инструкции желательно дополнительно объяснить, что испытуемый должен оценивать то, как он реально представляет свое будущее время, а не каким он его хочет видеть. Опыт показывает, что именно в этой части исследования пациенты часто ошибаются. Поэтому расширенное повторение инструкции и адекватное ее понимание испытуемым помогает предотвратить искажения в ответах.

Обязательным условием проведения исследования является наличие хорошего контакта психолога с испытуемым и отсутствие условий, мешающих проведению исследования, так как работа с данной методикой требует от пациента сосредоточенности. В некоторых случаях при осмысливании понятий СДВ (длительное – мгновенное; обратимое – необратимое) у пациента могут возникать трудности в понимании этих прилагательных в отношении времени. В такой ситуации психологу требуется объяснить значения этих понятий в контексте времени и полезно привести соответствующие примеры.

В клинической практике семантический дифференциал времени необходимо проводить с пациентами несколько раз (например, в начале, середине и конце лечения, а также при катамнестических наблюдениях), так как особенно информативными представляются изменения показателей СДВ в процессе лечения, в частности для оценки эффективности терапии и дифференциальной диагностики депрессивных расстройств в связи с выбором методов психофармакологической или психотерапевтической коррекции.

Интерпретация показателей отдельных шкал

Если получен отрицательный показатель фактора «Активности» времени, то это свидетельствует о том, что психологическое время кажется испытуемому пассивным, постоянным, застывшим, расслабленным или даже пустым. Такое восприятие времени характерно преимущественно при психической заторможенности, апатичности, опустошенности и низкой мотивации.

Отрицательные показатели фактора «Эмоциональной окраски» указывают на то, что психологическое время кажется испытуемому печальным, тусклым, тревожным, серым и туманным. Такое представление характерно для лиц с выраженной внутренней напряженностью, неудовлетворенностью актуальной ситуацией, возможно, депрессивным состоянием.

Отрицательные показатели фактора «Величины» времени предполагают описание испытуемым времени в таких понятиях как маленькое, мгновенное, плоское, мелкое и узкое. Такое представление отражает низкий мотивационный потенциал и преимущественно негативное эмоциональное состояние испытуемого.

Отрицательные показатели фактора «Структуры» времени предполагают описание испытуемым времени в таких понятиях как непонятное, неритмичное, делимое, прерывистое и необратимое. Такое представление свидетельствует об отсутствии планов и достаточно точных представлениях о событиях.

Отрицательные показатели фактора «Ощущаемость» времени предполагают описание испытуемым времени в таких понятиях как кажущееся, далекое, частное, замкнутое и неосязаемое. Это свидетельствует о негативном отношении испытуемого к своему настоящему, о возможном нарушении ощущения изменения себя во времени.

Бланк

1.	длительное							Мгновенное
2.	активное							Пассивное
3.	напряженное							Расслабленное
4.	радостное							Печальное
5.	стремительное							Застывшее
6.	плотное							Пустое
7.	яркое							Тусклое
8.	понятное							Непонятное
9.	большое							Маленькое
10.	неделимое							Делимое
11.	тревожное							Спокойное
12.	цветное							Серое
13.	объемное							Плоское
14.	широкое							Узкое
15.	далекое							Близкое
16.	непрерывное							Прерывное
17.	реальное							Кажущееся
18.	частное							Общее
19.	постоянное							Изменчивое
20.	глубокое							Мелкое

21.	ощущаемое								Неощущаемое
22.	светлое								Темное
23.	замкнутое								Открытое
24.	обратимое								Необратимое
25.	ритмичное								Неритмичное

Цифры 1, 2, 3 означают степень выраженности шкалы: от слабой (1) до сильной (3).

Результаты исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

№ п/п	пол	возраст	HADS				шкала Цунга		опросник временной перспективы Зимбардо				
			тревога	уровень	депрессия	уровень	баллы	уровень	негативное прошлое	гедонистическое настоящее	будущее	позитивное прошлое	фаталистическое настоящее
1	ж	62	12	3	15	3	57	2	2,4	2,9	3,7	3,8	3,1
2	ж	45	12	3	10	2	50	2	3,5	3	3,7	4,6	2,8
3	ж	22	13	3	11	3	50	2	3,9	2,5	2,8	1,7	2,6
4	ж	55	13	3	16	3	56	2	1,8	3	3,1	2,8	2,8
5	ж	24	11	3	11	3	50	2	1,2	2,7	3,3	3,8	1,6
6	м	26	13	3	11	3	51	2	1,7	3,8	4,8	3,1	2
7	м	27	16	3	19	3	53	2	2,6	3,2	3,9	4	2,5
10	ж	35	15	3	14	3	50	2	5	3,5	3,1	3,4	4,8
11	ж	50	17	3	15	3	55	2	4,5	2,8	3,9	2,5	3,4
12	ж	45	8	2	12	3	50	2	3,9	3,5	3,7	3,7	3,4
13	ж	61	9	2	11	3	55	2	5	3,5	3,1	3,4	4,8
14	ж	65	13	3	16	3	66	3	3,6	3,5	3,7	3,2	3,1
15	ж	41	11	3	13	3	50	2	4	2,9	4,2	4	2,8
16	ж	31	15	3	13	3	59	2	3,5	3	3,5	4,3	3,1
17	ж	42	11	3	14	3	63	3	3,9	2,9	2,5	2,2	2,6
18	м	26	12	3	15	3	57	2	2,4	2,9	3,7	3,8	3,1
19	м	22	12	3	10	2	50	2	3,5	3	3,7	4,6	2,8
20	м	59	13	3	11	3	50	2	3,9	2,5	2,8	1,7	2,6
21	ж	48	13	3	16	3	56	2	1,8	3	3,1	2,8	2,8
22	ж	51	11	3	11	3	50	2	1,2	2,7	3,3	3,8	1,6
23	м	29	13	3	11	3	51	2	1,7	3,8	4,8	3,1	2
24	м	25	16	3	19	3	53	2	2,6	3,2	3,9	4	2,5
25	ж	18	15	3	14	3	50	2	5	3,5	3,1	3,4	4,8
26	ж	36	17	3	15	3	55	2	4,5	2,8	3,9	2,5	3,4
27	ж	42	8	2	12	3	50	2	3,9	3,5	3,7	3,7	3,4
28	ж	23	9	2	11	3	55	2	5	3,5	3,1	3,4	4,8
29	ж	19	13	3	16	3	66	3	3,6	3,5	3,7	3,2	3,1
30	ж	28	11	3	13	3	50	2	4	2,9	4,2	4	2,8
31	ж	32	15	3	13	3	59	2	3,5	3	3,5	4,3	3,1
32	ж	26	11	3	14	3	63	3	3,9	2,9	2,5	2,2	2,6
			12,6	2,86666667	13,4	2,93333333	54,33333	2,13333333	3,36666667	3,11333333	3,53333333	3,36666667	3,02666667

м-ка семантического дифференциала времени					субъективное восприятие времени	М-ка событийной реконструкции				КНОКС			степень выраженности
активность	эмоц.окраска	величина	структура	ощущаемость		Колич. Событий	Колич.отношений	колич. Положит.	колич. Отрицательных	Балл части 1	Балл части 2	Общий балл	
-1	-1	9	1	5	1	9	9	4	5	13	14	27	2
-5	-6	-1	-4	-4	1	14	8	8	6	15	15	30	1
-6	-12	-1	-1	4	1	2	1	1	1	15	15	30	1
3	-8	-7	-6	0	2	6	2	2	4	13	10	23	2
7	11	5	5	8	2	5	2	3	2	15	15	30	1
12	17	10	8	3	1	3	2	2	1	14	11	25	2
-1	12	6	7	1	1	3	3	2	1	15	15	30	1
-2	-15	-11	-13	1	2	1	0	0	1	10	13	23	2
-3	-15	-3	2	-7	2	3	1	2	1	14	12	26	2
-2	-13	-6	-7	-5	2	4	2	3	1	15	8	23	2
-1	-1	9	1	5	1	3	1	2	1	7	2	9	4
-6	-12	-1	-1	4	1	5	2	3	2	13	11	24	2
7	-3	15	0	3	2	12	3	9	3	15	15	30	1
-4	-10	7	6	3	2	20	2	10	10	15	15	30	1
-15	-15	2	-2	3	2	9	0	2	7	13	13	26	2
-1	-1	9	1	5	1	9	9	4	5	13	14	27	2
-5	-6	-1	-4	-4	1	14	8	8	6	15	15	30	1
-6	-12	-1	-1	4	1	2	1	1	1	15	15	30	1
3	-8	-7	-6	0	2	6	2	2	4	13	10	23	2
7	11	5	5	8	2	5	2	3	2	15	15	30	1
12	17	10	8	3	1	3	2	2	1	14	11	25	2
-1	12	6	7	1	1	3	3	2	1	15	15	30	1
-2	-15	-11	-13	1	2	1	0	0	1	10	13	23	2
-3	-15	-3	2	-7	2	3	1	2	1	14	12	26	2
-2	-13	-6	-7	-5	2	4	2	3	1	15	8	23	2
-1	-1	9	1	5	1	3	1	2	1	7	2	9	4
-6	-12	-1	-1	4	1	5	2	3	2	13	11	24	2
7	-3	15	0	3	2	12	3	9	3	15	15	30	1
-4	-10	7	6	3	2	20	2	10	10	15	15	30	1
-15	-15	2	-2	3	2	9	0	2	7	13	13	26	2
-1,1333333	-4,733333333	2,2	-0,266667	1,6	1,533333333	6,6	2,533333333	3,533333333	3,066666667	13,46666667	12,26666667	25,73333333	1,733333333

Таблица 2

**Результаты исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у условно здоровых
испытуемых**

№ п/п	пол	возраст	HADS				шкала Цунга		опросник временной перспективы Зимбардо				
			тревога	уровень	депрессия	уровень	баллы	уровень	негативное прошлое	гедонистическое настоящее	будущее	позитивное прошлое	фаталистическое настоящее
1	м	50	6	1	4	1	44	1	3,6	3,8	4	4	1,4
2	м	34	2	1	1	1	31	1	2,1	2,1	2,6	3,4	1,8
3	м	41	3	1	2	1	26	1	2	2,1	3,1	3	2,1
4	м	26	5	1	3	1	35	1	1,9	3	4,2	3,5	2,2
5	м	35	4	1	2	1	40	1	2,3	3,4	4,1	3,3	1,7
6	ж	40	6	1	4	1	41	1	1,8	4,2	4,5	2,9	2,1
7	ж	25	2	1	1	1	29	1	2,1	2,1	2,6	3,4	1,8
8	ж	20	3	1	2	1	27	1	2	2,1	3,1	3	2,1
9	ж	26	5	1	3	1	32	1	1,9	3	4,2	3,5	2,2
10	м	31	4	1	2	1	42	1	2,3	3,4	4,1	3,3	1,7
11	ж	38	7	1	5	1	31	1	1,8	4,2	4,5	2,9	2,1
12	ж	33	2	1	2	1	36	1	3,6	3,8	4	4	1,4
13	ж	26	3	1	3	1	48	1	2,1	2,1	2,6	3,4	1,8
14	ж	44	1	1	1	1	44	1	2	2,1	3,1	3	2,1
15	м	42	2	1	5	1	31	1	3,6	3,8	4	4	1,4
16	м	56	6	1	4	1	26	1	2,1	2,1	2,6	3,4	1,8
17	ж	23	2	1	1	1	35	1	2	2,1	3,1	3	2,1
18	ж	32	3	1	2	1	40	1	1,9	3	4,2	3,5	2,2
19	ж	52	5	1	3	1	41	1	2,3	3,4	4,1	3,3	1,7
20	м	62	4	1	2	1	29	1	1,8	4,2	4,5	2,9	2,1
21	м	26	6	1	4	1	27	1	1,8	4,2	4,5	2,9	2,1
22	м	52	2	1	1	1	32	1	2,1	2,1	2,6	3,4	1,8
23	ж	21	3	1	2	1	42	1	2	2,1	3,1	3	2,1
24	ж	23	5	1	3	1	31	1	1,9	3	4,2	3,5	2,2
25	м	28	4	1	2	1	36	1	2,3	3,4	4,1	3,3	1,7
26	м	19	7	1	5	1	48	1	1,8	4,2	4,5	2,9	2,1
27	ж	29	2	1	2	1	26	1	3,6	3,8	4	4	1,4
28	м	24	3	1	3	1	35	1	2,1	2,1	2,6	3,4	1,8
29	ж	22	1	1	1	1	40	1	2,1	2,1	2,6	3,4	1,8
30	м	30	2	1	5	1	41	1	2	2,1	3,1	3	2,1
			3,666667	1	2,66666667	1	35,53333	1	2,23	2,97	3,6166667	3,316666667	1,896666667

м-ка семантического дифференциала времени					субъективное восприятие времени	М-ка событийной реконструкции				КНОКС			Степень выраженности
активность	эмоц.окраска	величина	структура	ощущаемость		Колич. Событий	Колич.отношений	колич. Положит.	колич. Отрицательных	Балл части 1	Балл части 2	Общий балл	
5	3	3	3	4	2	10	2	10	0	15	14	29	1
4	3	2	3	6	2	7	1	7	0	15	15	30	1
7	9	6	8	4	2	15	5	12	3	15	15	30	1
5	6	8	6	7	2	7	2	7	0	14	15	29	1
9	9	11	12	7	2	8	2	7	1	15	15	30	1
6	8	6	7	9	2	5	5	5	0	15	13	28	1
3	2	4	2	3	1	9	4	8	1	15	15	30	1
5	3	4	7	4	2	10	2	10	0	15	14	29	1
5	3	3	3	4	2	7	1	7	0	15	15	30	1
4	3	2	3	6	2	15	5	12	3	15	15	30	1
7	9	6	8	4	2	7	2	7	0	14	15	29	1
5	6	8	6	7	2	8	2	7	1	15	15	30	1
9	9	11	12	7	2	5	5	5	0	15	13	28	1
6	8	6	7	9	1	9	4	8	1	15	15	30	1
3	2	4	2	3	1	10	2	10	0	15	14	29	1
5	3	4	7	4	2	7	1	7	0	15	15	30	1
7	9	6	8	4	2	15	5	12	3	15	15	30	1
5	6	8	6	7	2	7	2	7	0	14	15	29	1
9	9	11	12	7	2	8	2	7	1	15	15	30	1
6	8	6	7	9	2	5	5	5	0	15	13	28	1
3	2	4	2	3	1	9	4	8	1	15	15	30	1
5	3	4	7	4	1	10	2	10	0	15	14	29	1
5	3	3	3	4	2	7	1	7	0	15	15	30	1
4	3	2	3	6	1	15	5	12	3	15	15	30	1
7	9	6	8	4	2	7	2	7	0	14	15	29	1
3	2	4	2	3	2	8	2	7	1	15	15	30	1
5	3	4	7	4	2	5	5	5	0	15	13	28	1
7	9	6	8	4	2	9	4	8	1	15	15	30	1
5	6	8	6	7	2	15	5	12	3	15	15	30	1
9	9	11	12	7	2	7	2	7	0	14	15	29	1
5,6	5,566666667	5,7	6,2333333	5,366666667	1,8	8,866666667	3,033333333	8,1	0,766666667	14,83333333	14,6	29,43333333	1

Результаты статистических различий по показателям временной перцепции у больных и условно здоровых испытуемых

	тревога	уровень тревоги	депрессия	уровень депрес сии	баллы депрес сии	уровень депрес с	негативно про шлое	гедонистическо е настоящее	будущее	позитивно про шлое	фаталистическ ое настоящее	активность вре мени
U Манна-Уитни	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	211,000	406,000	388,000	394,000	82,000	158,000
W Вилкоксона	465,000	465,000	465,000	465,000	465,000	465,000	676,000	871,000	853,000	859,000	547,000	623,000
Z	-6,680	-7,468	-6,689	-7,564	-6,684	-7,468	-3,546	-,657	-,923	-,833	-5,472	-4,344
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,511	,356	,405	,000	,000

эмоциональна я окраска време ни	величина време ни	структура време ни	ощущаемость времени	субъективно восприятие вре мени	количество особых	количество отношений	количество жизненных событий	количество жизненных событий	Количество жизненных событий	Часть 1	Часть 2	общий результат	степень выраженности
180,000	327,000	130,000	174,000	330,000	252,000	326,000	126,000	151,000	255,000	248,000	258,000	180,000	
645,000	792,000	595,000	639,000	795,000	717,000	791,000	591,000	616,000	720,000	713,000	723,000	645,000	
-4,013	-1,827	-4,752	-4,143	-2,173	-2,945	-1,912	-4,844	-4,593	-3,398	-3,309	-3,022	-4,997	
,000	,068	,000	,000	,030	,003	,056	,000	,000	,001	,001	,003	,000	

Результаты статистических различий по показателям временной перцепции у больных с легким уровнем депрессии и умеренным уровнем

	тревога	уровень тревоги	депрессия	уровень депрес сии	баллы депрес сии	негативно про шлое	гедонистическо е настоящее	будущее	позитивно про шлое	фаталистическ ое настоящее	активность вре мени	эмоциональна я окраска време ни
U Манна-Уитни	42,000	44,000	24,000	48,000	0,000	44,000	46,000	30,000	20,000	46,000	2,000	18,000
W Вилкоксона	52,000	395,000	375,000	399,000	351,000	395,000	397,000	40,000	30,000	56,000	12,000	28,000
Z	-,620	-,828	-1,733	-,565	-3,285	-,492	-,373	-1,363	-1,961	-,370	-3,075	-2,089
Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	,535	,407	,083	,572	,001	,623	,709	,173	,050	,711	,002	,037
Точная знач. [2*(1-сторон. знач.)]	,576 ^b	,659 ^b	,094 ^b	,837 ^b	,000 ^b	,659 ^b	,746 ^b	,198 ^b	,052 ^b	,746 ^b	,000 ^b	,038 ^b

величина времени	структура времени	ощущаемость времени	субъективное ощущение времени	количество событий	количество отношений	количество полных событий	количество триггерных событий	Часть 1	Часть 2	общий результат
44,000	34,000	36,000	50,000	36,000	28,000	50,000	26,000	24,000	36,000	38,000
54,000	44,000	387,000	60,000	387,000	38,000	60,000	377,000	34,000	46,000	48,000
-491	-1,102	-989	-141	-988	-1,523	-127	-1,676	-1,824	-1,012	-888
,623	,270	,323	,888	,323	,128	,899	,094	,068	,312	,375
,659 ^b	,298 ^b	,359 ^b	,930 ^b	,359 ^b	,157 ^b	,930 ^b	,123 ^b	,094 ^b	,359 ^b	,425 ^b

Взаимосвязь нейропсихологических особенностей временной перцепции с наличием тревоги и депрессии у больных с тревожно-депрессивным расстройством, с использованием коэффициента корреляции Спирмена

		Корреляции																
		тревога	депрессия	уровень депрессии	негативно епрошлое	гедонистическоенас тоящее	будущее	позитивно епрошлое	фаталист ическоен астоящее	активност ь	эмоцокра ска	величина	структура	ощуцаем ость	субъектив новоспр времени	количество особытий	количество оотношен ий	
Ро Спирмена	тревога	Коэффициент корреляции	1,000	,493**	,205	-,054	-,007	,201	-,107	,004	-,143	-,139	-,247	,288	-,335	-,047	-,287	-,093
		Знач. (двухсторонняя)		,006	,277	,778	,969	,287	,573	,985	,451	,463	,189	,123	,070	,805	,125	,624
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	депрессия	Коэффициент корреляции	,493**	1,000	,580**	-,025	,045	,105	-,146	,147	-,066	-,205	-,227	-,018	-,206	,141	-,021	,053
		Знач. (двухсторонняя)	,006		,001	,898	,813	,579	,441	,438	,727	,276	,228	,924	,275	,458	,912	,783
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	уровень депрессии	Коэффициент корреляции	,205	,580**	1,000	-,112	,095	-,132	-,226	,139	-,315	-,130	,118	,194	,181	-,080	,313	-,079
		Знач. (двухсторонняя)	,277	,001		,555	,618	,487	,230	,464	,090	,494	,535	,304	,338	,675	,093	,680
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	негативно епрошлое	Коэффициент корреляции	-,054	-,025	-,112	1,000	,060	-,207	-,216	,702**	-,391*	-,622**	-,219	-,404*	-,208	,187	-,320	-,561**
		Знач. (двухсторонняя)	,778	,898	,555		,752	,273	,252	,000	,033	,000	,245	,027	,270	,324	,084	,001
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	гедонистическоенас тоящее	Коэффициент корреляции	-,007	,045	,095	,060	1,000	,241	,127	,320	,171	,144	-,012	-,078	-,185	-,252	-,222	-,001
		Знач. (двухсторонняя)	,969	,813	,618	,752		,199	,502	,085	,367	,447	,950	,681	,329	,180	,238	,996
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
будущее	Коэффициент корреляции	,201	,105	-,132	-,207	,241	1,000	,397*	-,108	,444*	,422*	,397*	,484**	-,272	-,188	,091	,608**	
	Знач. (двухсторонняя)	,287	,579	,487	,273	,199		,030	,570	,014	,020	,030	,007	,146	,320	,631	,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
позитивно епрошлое	Коэффициент корреляции	-,107	-,146	-,226	-,216	,127	,397*	1,000	,016	,251	,443*	,354	,197	-,008	-,047	,525**	,716**	
	Знач. (двухсторонняя)	,573	,441	,230	,252	,502	,030		,932	,180	,014	,055	,296	,966	,807	,003	,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
фаталист ическоен астоящее	Коэффициент корреляции	,004	,147	,139	,702**	,320	-,108	,016	1,000	-,242	-,513**	-,329	-,414*	-,237	,156	-,130	-,267	
	Знач. (двухсторонняя)	,985	,438	,464	,000	,085	,570	,932		,197	,004	,076	,023	,207	,410	,492	,154	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
активност ь	Коэффициент корреляции	-,143	-,066	-,315	-,391*	,171	,444*	,251	-,242	1,000	,719**	,430*	,389*	,147	,062	-,078	,367*	

активность	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-143	-066	-315	-.391	.171	.444	.251	-.242	1,000	.719	.430	.389	.147	.062	-.078	.367	.076	
		.451	.727	.090	.033	.367	.014	.180	.197		.000	.018	.034	.437	.744	.682	.046	.688	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
эмоциональность	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.139	-.205	-.130	-.622	.144	.422	.443	-.513	.719	1,000	.705	.647	.429	-.498	.093	.622	.248	
		.463	.276	.494	.000	.447	.020	.014	.004	.000		.000	.000	.018	.005	.623	.000	.185	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
величина	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.247	-.227	.118	-.219	-.012	.397	.354	-.329	.430	.705	1,000	.710	.563	-.342	.303	.410	.423	
		.189	.228	.535	.245	.950	.030	.055	.076	.018	.000		.000	.001	.065	.104	.024	.020	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
структура	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	.288	-.018	.194	-.404	-.078	.484	.197	-.414	.389	.647	.710	1,000	.348	-.279	-.001	.254	.179	
		.123	.924	.304	.027	.681	.007	.296	.023	.034	.000	.000		.060	.136	.996	.176	.344	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
ощущаемость	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.335	-.206	.181	-.208	-.185	-.272	-.008	-.237	.147	.429	.563	.348	1,000	-.344	.033	.020	.099	
		.070	.275	.338	.270	.329	.146	.966	.207	.437	.018	.001	.060		.062	.863	.918	.602	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
субъективное восприятие времени	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.047	.141	-.080	.187	-.252	-.188	-.047	.156	.062	-.498	-.342	-.279	-.344	1,000	.203	-.337	.080	
		.805	.458	.675	.324	.180	.320	.807	.410	.744	.005	.065	.136	.062		.281	.068	.674	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
количество событий	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.287	-.021	.313	-.320	-.222	.091	.525	-.130	-.078	.093	.303	-.001	.033	.203	1,000	.543	.858	
		.125	.912	.093	.084	.238	.631	.003	.492	.682	.623	.104	.996	.863	.281		.002	.000	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
количество отношений	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.093	.053	-.079	-.561	-.001	.608	.716	-.267	.367	.622	.410	.254	.020	-.337	.543	1,000	.706	
		.624	.783	.680	.001	.996	.000	.000	.154	.046	.000	.024	.176	.918	.068	.002		.000	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
количество положительных событий	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.302	-.128	.109	-.284	-.103	.398	.733	-.012	.076	.248	.423	.179	.099	.080	.858	.706	1,000	
		.104	.499	.566	.128	.590	.029	.000	.949	.688	.185	.020	.344	.602	.674	.000	.000		
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

количество отрицательных событий	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	-.156	.055	.435	-.320	-.302	-.190	.341	-.158	-.235	-.041	.176	-.086	.121	.212	.924	.335	.647
		.411	.771	.016	.085	.105	.314	.065	.405	.211	.831	.352	.652	.524	.260	.000	.071	.000
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
часть 1	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	.006	-.312	-.487	-.304	-.357	.356	.449	-.484	.035	.209	.144	.261	-.183	.082	.265	.449	.444
		.976	.093	.006	.102	.053	.054	.013	.007	.853	.269	.447	.163	.333	.665	.158	.013	.014
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
часть 2	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	.231	-.140	-.297	-.228	-.584	.078	.480	-.492	-.090	.195	.264	.276	.157	-.016	.313	.363	.327
		.220	.459	.111	.226	.001	.683	.007	.006	.636	.302	.159	.140	.407	.933	.092	.049	.078
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
когнитивные функции	Кoeffициент корреляции Знач. (двусторонняя) N	.180	-.169	-.221	-.335	-.625	.219	.445	-.590	-.066	.282	.370	.424	.147	-.080	.390	.459	.431
		.342	.372	.240	.070	.000	.245	.014	.001	.728	.131	.044	.019	.438	.673	.033	.011	.017
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Взаимосвязь нейропсихологических особенностей временной перцепции с наличием тревоги и депрессии у условно здоровых испытуемых, с использованием коэффициента корреляции Спирмена

		Корреляции																
		тревога	депрессия	уровень депрессии	негативно епрошлое	гедонистическоенас тоящее	будущее	позитивно епрошлое	фаталист ическоен астоящее	активност ь	эмоцокра ска	величина	структура	ощущаем ость	субъектив ноевоспр времени	количество событий	количество отношений	
Ро Спирмена	тревога	Кoeffициент корреляции	1,000	,674**	,038	-,406*	,575**	,671**	-,269	,240	-,024	-,059	-,155	-,080	-,140	,225	-,224	-,172
		Знач. (двухсторонняя)		,000	,841	,026	,001	,000	,151	,201	,899	,757	,414	,673	,461	,231	,234	,363
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	депрессия	Кoeffициент корреляции	,674**	1,000	,094	-,230	,500**	,467**	-,083	,093	,011	-,055	,026	-,036	-,187	,099	-,250	-,201
		Знач. (двухсторонняя)	,000		,621	,222	,005	,009	,664	,625	,953	,774	,893	,852	,322	,602	,183	,287
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	уровень депрессии	Кoeffициент корреляции	,038	,094	1,000	,082	,034	,060	-,085	-,075	,244	,238	,273	,086	,396	,222	-,055	-,030
		Знач. (двухсторонняя)	,841	,621		,668	,859	,752	,656	,693	,194	,204	,144	,650	,030	,238	,772	,875
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	негативно епрошлое	Кoeffициент корреляции	-,406*	-,230	,082	1,000	-,131	-,498**	,601**	-,911**	,038	-,012	,009	,101	-,080	,034	,204	-,090
		Знач. (двухсторонняя)	,026	,222	,668		,490	,005	,000	,000	,840	,952	,964	,597	,674	,857	,280	,635
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	гедонистическоенас тоящее	Кoeffициент корреляции	,575**	,500**	,034	-,131	1,000	,847**	-,118	-,140	-,168	-,145	-,032	-,224	-,023	,051	-,254	,075
		Знач. (двухсторонняя)	,001	,005	,859	,490		,000	,535	,462	,375	,446	,865	,233	,902	,791	,175	,694
		N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
будущее	Кoeffициент корреляции	,671**	,467**	,060	-,498**	,847**	1,000	-,274	,343	-,090	-,035	,004	-,179	,101	,073	-,248	,047	
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,009	,752	,005	,000		,143	,063	,638	,852	,982	,344	,595	,700	,187	,805	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
позитивно епрошлое	Кoeffициент корреляции	-,269	-,083	-,085	,601**	-,118	-,274	1,000	-,373*	-,279	-,268	-,129	-,255	-,045	-,093	,074	-,174	
	Знач. (двухсторонняя)	,151	,664	,656	,000	,535	,143		,042	,135	,153	,496	,174	,815	,625	,696	,358	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
фаталист ическоен астоящее	Кoeffициент корреляции	,240	,093	-,075	-,911**	-,140	,343	-,373*	1,000	-,016	,038	-,012	-,081	,129	-,040	-,102	,013	
	Знач. (двухсторонняя)	,201	,625	,693	,000	,462	,063	,042		,932	,841	,950	,669	,495	,834	,591	,946	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
активност ь	Кoeffициент корреляции	-,024	,011	,244	,038	-,168	-,090	-,279	-,016	1,000	,949**	,717**	,951**	,479**	,462*	-,271	,126	
	Знач. (двухсторонняя)																	
	N																	

активность	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,24	,011	,244	,038	-,168	-,090	-,279	-,016	1,000	,949	,717	,951	,479	,462	-,271	,126	-,293
		,899	,953	,194	,840	,375	,638	,135	,932		,000	,000	,000	,007	,010	,148	,507	,116
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
эмоциональность	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,059	-,055	,238	-,012	-,145	-,035	-,268	,038	,949	1,000	,751	,899	,544	,464	-,190	,227	-,206
		,757	,774	,204	,952	,446	,852	,153	,841	,000	,000	,000	,002	,010	,314	,229	,275	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
величина	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,155	,026	,273	,009	-,032	,004	-,129	-,012	,717	,751	1,000	,695	,555	,300	-,249	,160	-,323
		,414	,893	,144	,964	,865	,982	,496	,950	,000	,000	,000	,001	,107	,185	,398	,082	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
структура	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,080	-,036	,086	,101	-,224	-,179	-,255	-,081	,951	,899	,695	1,000	,423	,411	-,229	,160	-,254
		,673	,852	,650	,597	,233	,344	,174	,669	,000	,000	,000	,020	,024	,224	,399	,175	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
ощущаемость	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,140	-,187	,396	-,080	-,023	,101	-,045	,129	,479	,544	,555	,423	1,000	,282	-,312	,224	-,343
		,461	,322	,030	,674	,902	,595	,815	,495	,007	,002	,001	,020	,131	,093	,235	,063	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
субъективное восприятие времени	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	,225	,099	,222	,034	,051	,073	-,093	-,040	,462	,464	,300	,411	,282	1,000	-,398	-,138	-,409
		,231	,602	,238	,857	,791	,700	,625	,834	,010	,010	,107	,024	,131	,029	,467	,025	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
количество событий	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,224	-,250	-,055	,204	-,254	-,248	,074	-,102	-,271	-,190	-,249	-,229	-,312	-,398	1,000	,248	,973
		,234	,183	,772	,280	,175	,187	,696	,591	,148	,314	,185	,224	,093	,029	,186	,000	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
количество отношений	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,172	-,201	-,030	-,090	,075	,047	-,174	,013	,126	,227	,160	,160	,224	-,138	,248	1,000	,221
		,363	,287	,875	,635	,694	,805	,358	,946	,507	,229	,398	,399	,235	,467	,186	,240	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
количество положительных событий	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,243	-,258	-,121	,145	-,341	-,291	,089	-,011	-,293	-,206	-,323	-,254	-,343	-,409	,973	,221	1,000
		,195	,168	,526	,444	,065	,118	,640	,952	,116	,275	,082	,175	,063	,025	,000	,240	
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
количество отрицательных событий	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,138	-,286	,070	,049	-,112	-,060	-,135	-,026	-,060	,085	,049	-,051	-,013	-,189	,707	,515	,609
		,466	,125	,714	,797	,554	,754	,477	,892	,753	,654	,795	,789	,947	,317	,000	,004	,000
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
часть 1	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,137	-,234	-,078	,236	-,087	-,289	,037	-,300	-,266	-,359	-,391	-,252	-,151	-,224	,343	,247	,244
		,471	,213	,683	,209	,648	,122	,847	,108	,155	,052	,033	,179	,425	,235	,064	,189	,194
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
часть 2	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	,039	-,096	,070	-,117	-,243	-,009	-,086	,241	-,038	,103	,055	-,082	-,088	,025	,274	-,292	,282
		,840	,613	,714	,540	,196	,963	,650	,200	,840	,588	,773	,667	,645	,896	,143	,117	,131
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
когнитивные функции	Кoeffициент корреляции Знач. (двухсторонняя) N	-0,056	-,238	,013	,058	-,299	-,207	-,041	,029	-,227	-,153	-,216	-,256	-,211	-,141	,522	-,155	,468
		,768	,205	,945	,761	,109	,273	,828	,881	,229	,418	,251	,172	,263	,458	,003	,412	,009
		30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Программа психологического сопровождения больных с тревожно-депрессивным расстройством

Больные с тревожно-депрессивным расстройством, имея эмоциональные реакции на стрессовые события, беспокойство по мелочам, снижение влечений, мотивов и волевой активности в основном воспринимают свое настоящее и будущее негативно, что влечет за собой недостаточное планирование жизненных перспектив, меняется временная перцепция, отношение ко времени и к своей жизни.

Поведение больных с тревожно-депрессивным расстройством регулируется только текущим моментом времени, актуальными потребностями и не направлено на саморазвитие, самореализацию, которые являются залогом психологически здоровой и зрелой личности. Таким образом, для более успешной адаптации больных к жизни необходимо оптимизировать процессы восприятия времени.

Целью данной коррекционной программы является стабилизация эмоционального фона со снижением уровня тревоги, депрессии, оптимизация процессов восприятия времени, трансформация отношения к будущему, а также формирование навыков эффективного жизненного планирования.

Для достижения поставленной цели необходимо реализация следующих **задач**:

1. Создание доверительной атмосферы и осознание собственных целей посещения занятий.
2. Формирование оптимальной индивидуальной временной организации.
4. Изменение отношения к собственному будущему.
5. Планирование жизненных перспектив личности, направленных на отдаленное будущее.

Варианты форм и методов психотерапии разнообразны. Для того, чтобы подобрать необходимую модель, руководствуемся следующими принципами: определением нозологической картины пациента, ориентируясь на генетическую карту болезней, которые могли спровоцировать депрессию; выявлением личностных особенностей пациента; концентрацией на наиболее выраженном уровне проявления симптомов; методологией и концептуальными возможностями науки относительно эффективности психотерапии в конкретном случае.

Психотерапия предполагает воздействие на трех уровнях:

На психическом уровне- работа проводится посредством информационного воздействия. Пациент получает от специалиста информацию, которая является для него абсолютно новой или старой, но в совершенно иной интерпретации. На этом уровне важен эмоциональный компонент. В случае разрозненности в эмоциональном и когнитивном плане преподносимая информация искажается или полностью блокируется для восприятия. Воздействие на психическом уровне имеет своей целью устранение единичных симптомов депрессии. В некоторых случаях можно добиться личностных изменений на уровне изменения особенностей реагирования.

На психофизиологическом уровне- воздействие этого уровня предполагает применение свойств анализаторов на основании построения обратной связи. В работу включаются рефлекторные механизмы, а также особенности поведения и физиологии.

На нейровегетативно-соматическом уровне- для этого воздействия характерно включение рефлективных и соматических направлений. В обязательном порядке подключается

эмоциональное подкрепление. Как правило, подобная работа проводится в виде тренинговых занятий. Идеальным вариантом является программа психотерапии, включающая постепенный переход от одного уровня воздействия к другому.

Психологическая оптимизация может проводиться и в комплексной терапии: фармакотерапия, психотерапия и биологические методы.

Работа проводилась в следующих психотерапевтических направлениях:

1. **Нарративная терапия** направлена на создание вокруг клиента пространства для развития альтернативных, предпочитаемых историй, которые дадут ему возможность почувствовать себя способным повлиять на ход течения собственной жизни, стать непосредственно автором своей истории и воплотить её, привлекая «своих» людей для повышения чувства заботы и поддержки.

Цель- помочь клиенту выбрать для себя предпочтительный вариант, отсюда взглянуть на настоящее и или прошлое и переписать их таким образом, чтобы они способствовали наступлению желательного будущего.

2. **Арттерапия** — лечение пластическим изобразительным творчеством (живопись, мелкая пластика, графика).

Цель: воздействие на психоэмоциональное состояние больного.

Программа представляет собой работу, направленную на снижение эмоционального напряжения, переработку негативных переживаний, оптимизацию процессов восприятия времени. Программа включает в себя 10 занятий по 30 мин.

Для исследования эффективности психологической программы оптимизации процессов временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством был использован следующий диагностический инструментарий:

1. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS);
2. «Субъективная оценка длительности времени» (SALT) Запесоцкой И.В. и Селивановой Д.С.;
3. Метод Событийной реконструкции временной перспективы личности Никишиной В.Б.;
4. Опросник временной перспективы Зимбардо.

Занятие 1- Вводное занятие.

1) Тест «Индивидуальная минута».

Цель: знакомство с течением собственного психологического времени.

Инструкция: «Сейчас вы сможете узнать, сколько длится ваша психологическая минута.

Вам нужно будет закрыть глаза и открыть их только тогда, когда вы почувствуете, что прошло ровно 60 секунд. Старайтесь не считать секунды про себя, а просто спокойно посидите. Когда откроете глаза, вы увидите на наших больших часах, сколько секунд прошло». После этого свободное обсуждение результатов теста.

2) Упражнение «Медитация на минуте»

Цель: тренировка чувства времени и навыков релаксации.

Закрывать глаза и постараться ощутить «вкус», «цвет», «материал» своей индивидуальной минуты, не считая, сколько она длится, а сосредоточившись на ее созерцании. Когда покажется, что минута прошла, открыть глаза и посмотреть на часы. Затем свободное обсуждение результатов упражнения:

- какие цвета были выбраны для описания минуты, что они означают?
- какой вкус у индивидуальной минуты?

- у кого не получилось создать образ собственной минуты, что помешало?

Занятие 2- Арт-терапевтическое занятие.

1) Упражнение «Мое настроение»

Инструкция: нарисуйте свое настроение - такое, какое оно есть прямо сейчас. Может быть, оно будет похоже на погоду, или на пейзаж, или это будет абстрактный рисунок. Дорисуйте образ до конца - чтобы он полностью отражал Ваше состояние.

Опишите своё настроение словами - какое оно? Детям можно задавать наводящие вопросы: грустное или веселое? От чего такое? Это ожидание чего-то или про прошедшие события? А какое настроение ты бы хотел?

Теперь измените этот рисунок так, чтобы он изображал то настроение, которое вы хотите для себя. Изменить нужно именно этот рисунок, не надо рисовать новый. Можно дорисовать новые детали или зарисовать его полностью, покрутить лист и увидеть с нового ракурса другую картину. Можно порезать и переклеить части в другом порядке, меняйте свое настроение любым способом! Главное - чтобы в итоге получилось именно такое настроение, которое бы вы хотели сохранить на долгое время (например, спокойное или радостное, нежное, или влюбленное).

2) «Рисунок прошлого»

Цель: выражение и осознание чувств к событиям прошлого, выявление травматического события.

Ведущий просит нарисовать красками, карандашами и т.д. образ своего прошлого. Затем обсуждаются чувства, связанные с рисунком, и выявляется травматическое событие прошлого:

- какие чувства вы испытываете, глядя на рисунок прошлого?
- что в этом рисунке вам нравится, что отталкивает, раздражает, пугает и т.д.?
- какие события прошлого оказали влияние на его образ?

3) «Выражаем тревогу»

- занять удобную, расслабляющую позу;
- найти в себе ощущение тревоги;
- определить, где она локализуется: в животе, лице, голове, ногах;
- взять цветные карандаши;
- субдоминантной рукой выплеснуть из себя тревогу и перенести ее на бумагу.

Занятие 3- Нарративная психотерапия.

1) Упражнение «уникальный эпизод».

Цель: поиск "уникальных эпизодов", то есть тех событий, которые не вписываются в проблемный нарратив и создание альтернативной истории.

Уникальными эпизодами является все то, что не вписывается в проблемно насыщенную историю и не поддерживает проблему. К уникальным эпизодам могут относиться намерения, планы, действия, заявления / высказывания, убеждения, качества, желания, мечты, мысли, взгляды, способности, решения и пр. Уникальные эпизоды могут находиться в прошлом, настоящем и будущем. Спрашивая об уникальных эпизодах, терапевту следует начинать с тех, которые еще очень свежи в памяти клиента, на такие вопросы проще отвечать и они с наибольшей вероятностью приведут к созданию богатого описания.

Упражнение: Вспомните и сформулируйте уникальные эпизоды нескольких типов для какой-либо доминирующей истории вашей жизни. Укажите, к какому времени относятся эти эпизоды. Например: *Поступок: Я сижу и читаю эту книжку, несмотря на то, что моя Лень крайне настойчиво убеждает меня включить телевизор (настоящее). Проблемно-насыщенной*

историей, из которой выбивается этот эпизод, будет "Я ленивый и не могу с этим справиться". Придумайте название для альтернативной истории, открывающейся благодаря этим эпизодам.

Подумайте или обсудите, что изменилось в вашей истории, как эти изменения могут повлиять на какие-либо другие сферы вашей жизни и другие истории, кто в вашем окружении заметит эти изменения, какой эффект это может оказать на ваши взаимоотношения с другими.

Уникальные эпизоды это двери, ведущие к новым историям.

Вместе с клиентом терапевт старается проследить историю уникальных эпизодов, оживить их, сделать более наглядными и заметными, вплести в новую нарождающуюся историю. По мере того, как все больше уникальных эпизодов найдено, связано и наделено смыслами, проявляется новый сюжет, и альтернативная история становится все более насыщенной и полно описанной. Привлекая с помощью вопросов внимание к уникальным эпизодам, терапевт помогает клиентам переместить эти события с периферии истории к центру, сделать их осознанными и видимыми. Когда эти события наделены смыслом и связаны во времени – новая история начинает жить. Эта история обычно "антипроблемна", и в центре или на переднем плане в ней говорится о решениях, принятых людьми, их способностях, компетенциях и умениях – всем том, что раньше было сложно заметить в тени проблемно-насыщенной истории. Вынесение этих ресурсов на передний план помогает людям восстановить связь с их истинными предпочтениями, надеждами, мечтам и идеями, что, в свою очередь, должно оказать эффект на их поведение в будущем. В ходе этого процесса терапевт постоянно консультируется с клиентами по поводу того, насколько возникающая история соответствует их жизненным предпочтениям.

2) Упражнение «исследование и проявление деталей уникальных эпизодов».

Обнаружив какое-то событие, мысль, чувство, выбивающиеся из проблемно-насыщенной истории, терапевт пытается узнать о них как можно больше. Его вопросы часто начинаются с "Кто", "Что", "Когда", "Где", и уникальный эпизод, таким образом, насыщается деталями. Терапевт пытается выявить и понять все мельчайшие подробности, касающиеся уникального эпизода. Такого рода вопросы исследуют так называемый *ландшафт действия* (этот термин был впервые предложен Джеромом Брюнером и введен в терапию Уайтом).

3) Упражнение «исследование смыслов уникального эпизода».

Терапевт предлагает клиентам исследовать или приписать смыслы описанным уникальным эпизодам. В таком исследовании выявляется, что уникальные эпизоды значат в терминах человеческих желаний, намерений, убеждений, надежд, ценностей, качеств, планов, решений, способностей, целей и пр. Задаваемые при этом вопросы называются вопросами ландшафта идентичности (он же ландшафт смыслов, или ландшафт сознания).

Потренируйтесь в деконструктивном восприятии текста и создании альтернативных историй с помощью описанных выше типов вопросов на основе какой-нибудь хорошо известной вам сказки или другой истории.

Например, представьте, что к вам на прием пришел небритый и усталый Колобок, через несколько лет после памятной встречи с лисой. Это событие глубоко потрясло его и дало начало развитию новой истории, которая на данный момент является доминирующей и проблемно-насыщенной. Колобок рассказывает Вам, что его проблема в том, что окружающие постоянно стремятся поглотить его, лишив воли и индивидуальности. И им это удается. Он чувствует себя потеряннным, неспособным сопротивляться многочисленным влияниям, да, в общем-то, он и не знает, нужно ли им сопротивляться.

Теперь задайте Колобку вопросы, ориентированные на выявление уникальных эпизодов. Чередуйте вопросы ландшафтов действия, смысла и вопросы предпочтения.

Всегда ли Колобок чувствовал себя потерянным? Всем ли встреченным им персонажам удавалось его "съесть"? Когда он ушел от волка, каким колобком он себе виделся? Это ощущение что он свободен и независим – соответствует ли в точности тому, как он хотел бы себя чувствовать или каким себя видеть (в зависимости от терминологии колобка)? И.т.д. Придумайте как можно больше вопросов.

Когда вы будете придумывать вопросы, у вас, скорей всего, возникнет множество собственных интерпретации истории Колобка. Эти интерпретации будут порождены огромным объемом профессиональных знаний и всем многообразием вашей личной истории. Например, у вас может актуализироваться интерпретативная модель Мюррея Боуэна, и вы мгновенно увидите, что колобок низкодифференцирован, и до эпизода с лисой просто иллюзорно "решал" проблему эмоционального слияния путем бегства (разрывов). Обнаружив эту мысль, посмотрите на нее и дайте пройти мимо. Вспомните, что вы сейчас в позиции нарративного терапевта, а она предполагает, что Колобок, а не вы является экспертом по истории Колобка. Классифицировав Колобка и начав относиться к нему в соответствии с лейблом "низкодифференцированный", вы занимаете место эксперта, патологизируете Колобка и вносите в психотерапевтический процесс существенные ограничения. Подробнее о позиции терапевта будет сказано ниже.

Занятие 4- Арт-терапевтическое занятие.

Фототерапия.

1. Психолог просит пациента принести фотографии, на которых он сам себе нравится, для того, чтобы пациент мог представить себя. Таким образом, вызывая у него приятные воспоминания, психолог погружает его в ресурсное состояние.

2. Использование фотографии как работа с проекцией пациента. Проективные техники являются для пациентов безопасным способом увидеть свои страхи, обиду, вину или другие чувства, эмоции, состояния. На терапевтических сеансах данные техники помогают пациентам осознавать, что их способ восприятия мира не является единственно возможным.

Занятие 5- Нарративная психотерапия.

4) Упражнение «уникальный эпизод».

Цель: поиск "уникальных эпизодов", то есть тех событий, которые не вписываются в проблемный нарратив и создание альтернативной истории.

Уникальными эпизодами является все то, что не вписывается в проблемно насыщенную историю и не поддерживает проблему. К уникальным эпизодам могут относиться намерения, планы, действия, заявления / высказывания, убеждения, качества, желания, мечты, мысли, взгляды, способности, решения и пр. Уникальные эпизоды могут находиться в прошлом, настоящем и будущем. Спрашивая об уникальных эпизодах, терапевту следует начинать с тех, которые еще очень свежи в памяти клиента, на такие вопросы проще отвечать и они с наибольшей вероятностью приведут к созданию богатого описания.

Упражнение: Вспомните и сформулируйте уникальные эпизоды нескольких типов для какой-либо доминирующей истории вашей жизни. Укажите, к какому времени относятся эти эпизоды. Например: *Поступок: Я сижу и читаю эту книжку, несмотря на то, что моя Лень крайне настойчиво убеждает меня включить телевизор (настоящее). Проблемно-насыщенной историей, из которой выбивается этот эпизод, будет "Я ленивый и не могу с этим справиться".* Придумайте название для альтернативной истории, открывающейся благодаря этим эпизодам.

Подумайте или обсудите, что изменилось в вашей истории, как эти изменения могут повлиять на какие-либо другие сферы вашей жизни и другие истории, кто в вашем окружении заметит эти изменения, какой эффект это может оказать на ваши взаимоотношения с другими.

Уникальные эпизоды это двери, ведущие к новым историям.

Вместе с клиентом терапевт старается проследить историю уникальных эпизодов, оживить их, сделать более наглядными и заметными, вплести в новую нарождающуюся историю. По мере того, как все больше уникальных эпизодов найдено, связано и наделено смыслами, проявляется новый сюжет, и альтернативная история становится все более насыщенной и полно описанной. Привлекая с помощью вопросов внимание к уникальным эпизодам, терапевт помогает клиентам переместить эти события с периферии истории к центру, сделать их осознанными и видимыми. Когда эти события наделены смыслом и связаны во времени – новая история начинает жить. Эта история обычно "антипроблемна", и в центре или на переднем плане в ней говорится о решениях, принятых людьми, их способностях, компетенциях и умениях – всем том, что раньше было сложно заметить в тени проблемно-насыщенной истории. Вынесение этих ресурсов на передний план помогает людям восстановить связь с их истинными предпочтениями, надеждами, мечтам и идеями, что, в свою очередь, должно оказать эффект на их поведение в будущем. В ходе этого процесса терапевт постоянно консультируется с клиентами по поводу того, насколько возникающая история соответствует их жизненным предпочтениям.

5) Упражнение «исследование и проявление деталей уникальных эпизодов».

Обнаружив какое-то событие, мысль, чувство, выбивающиеся из проблемно-насыщенной истории, терапевт пытается узнать о них как можно больше. Его вопросы часто начинаются с "Кто", "Что", "Когда", "Где", и уникальный эпизод, таким образом, насыщается деталями. Терапевт пытается выявить и понять все мельчайшие подробности, касающиеся уникального эпизода. Такого рода вопросы исследуют так называемый *ландшафт действия* (этот термин был впервые предложен Джеромом Брюнером и введен в терапию Уайтом).

6) Упражнение «исследование смыслов уникального эпизода».

Терапевт предлагает клиентам исследовать или приписать смыслы описанным уникальным эпизодам. В таком исследовании выявляется, что уникальные эпизоды значат в терминах человеческих желаний, намерений, убеждений, надежд, ценностей, качеств, планов, решений, способностей, целей и пр. Задаваемые при этом вопросы называются вопросами ландшафта идентичности (он же ландшафт смыслов, или ландшафт сознания).

Потренируйтесь в деконструктивном восприятии текста и создании альтернативных историй с помощью описанных выше типов вопросов на основе какой-нибудь хорошо известной вам сказки или другой истории.

Например, представьте, что к вам на прием пришел небритый и усталый Колобок, через несколько лет после памятной встречи с лисой. Это событие глубоко потрясло его и дало начало развитию новой истории, которая на данный момент является доминирующей и проблемно-насыщенной. Колобок рассказывает Вам, что его проблема в том, что окружающие постоянно стремятся поглотить его, лишив воли и индивидуальности. И им это удается. Он чувствует себя потеряннным, неспособным сопротивляться многочисленным влияниям, да, в общем-то, он и не знает, нужно ли им сопротивляться.

Теперь задайте Колобку вопросы, ориентированные на выявление уникальных эпизодов. Чередуите вопросы ландшафтов действия, смысла и вопросы предпочтения.

Всегда ли Колобок чувствовал себя потерянным? Всем ли встреченным им персонажам удавалось его "съесть"? Когда он ушел от волка, каким колобком он себе виделся? Это ощущение что он свободен и независим – соответствует ли в точности тому, как он хотел бы себя чувствовать или каким себя видеть (в зависимости от терминологии колобка)? И.т.д. Придумайте как можно больше вопросов.

Когда вы будете придумывать вопросы, у вас, скорей всего, возникнет множество собственных интерпретации истории Колобка. Эти интерпретации будут порождены огромным объемом профессиональных знаний и всем многообразием вашей личной истории. Например, у вас может актуализироваться интерпретативная модель Мюррея Боуэна, и вы мгновенно увидите, что колобок низкодифференцирован, и до эпизода с лисой просто иллюзорно "решал" проблему эмоционального слияния путем бегства (разрывов). Обнаружив эту мысль, посмотрите на нее и дайте пройти мимо. Помните, что вы сейчас в позиции нарративного терапевта, а она предполагает, что Колобок, а не вы является экспертом по истории Колобка. Классифицировав Колобка и начав относиться к нему в соответствии с лейблом "низкодифференцированный", вы занимаете место эксперта, патологизируете Колобка и вносите в психотерапевтический процесс существенные ограничения. Подробнее о позиции терапевта будет сказано ниже.

Занятие 6- Арт-терапевтическое занятие.

1) Упражнение «Мое настроение»

Инструкция: нарисуйте свое настроение - такое, какое оно есть прямо сейчас. Может быть, оно будет похоже на погоду, или на пейзаж, или это будет абстрактный рисунок. Дорисуйте образ до конца - чтобы он полностью отражал Ваше состояние.

Опишите своё настроение словами - какое оно? Детям можно задавать наводящие вопросы: грустное или веселое? От чего такое? Это ожидание чего-то или про прошедшие события? А какое настроение ты бы хотел?

Теперь измените этот рисунок так, чтобы он изображал то настроение, которое вы хотите для себя. Изменить нужно именно этот рисунок, не надо рисовать новый. Можно дорисовать новые детали или зарисовать его полностью, покрутить лист и увидеть с нового ракурса другую картину. Можно порезать и переклеить части в другом порядке, меняйте свое настроение любым способом! Главное - чтобы в итоге получилось именно такое настроение, которое бы вы хотели сохранить на долгое время (например, спокойное или радостное, нежное, или влюбленное).

2) Упражнение «Рисунок будущего»

Предлагается устроиться удобно там, где пациент будет чувствовать себя максимально свободно. Не ставя никаких ограничений, пациент должен нарисовать свою будущую жизнь и профессиональную деятельность так, как он хотел бы, чтобы она сложилась. Необходимо указать дороги, ведущие к вершинам, на которые хочет взойти пациент.

3) Фототерапия.

1. Психолог просит пациента принести фотографии, на которых он сам себе нравится, для того, чтобы пациент мог представить себя. Таким образом, вызывая у него приятные воспоминания, психолог погружает его в ресурсное состояние.

2. Использование фотографии как работа с проекцией пациента. Проективные техники являются для пациентов безопасным способом увидеть свои страхи, обиду, вину или другие чувства, эмоции, состояния. На терапевтических сеансах данные техники помогают пациентам осознавать, что их способ восприятия мира не является единственно возможным.

Занятие 7- работа с временной линией.

1) Тест «Круги времени»

Цель: оценить собственное временное предпочтение. Психолог предлагает представить свое прошлое, настоящее и будущее и нарисовать эти предпочтения тремя кругами. Каждый круг обозначает то или иное время. Круги могут иметь разную величину и как угодно располагаться на листе бумаги. После этого нужно объяснить, почему нарисовали так, а не иначе. Затем психолог обращает внимание на разнообразие переживаний времени, на взаимосвязь и степень важности прошлого, настоящего и будущего в жизни человека и проводит диалог по результатам теста.

2) Техника «Стирание предпочтений между прошлым, настоящим и будущим»

Цель: формирование целостного восприятия своей жизни.

С помощью листов бумаги психолог предлагает создать на полу линию времени (протяженностью примерно 2 метра). Далее психолог говорит: «Определите, ориентируясь на свои собственные внутренние ощущения, какой ее конец будет соответствовать прошлому, а какой будущему. Можно пометить на соответствующих листах прошлое и будущее.

Теперь вспомните любой из моментов вашей жизни, когда вы были полностью ориентированы на будущее, полны надежд и планов. Закрепите эти ощущения в каком-либо образе.

Затем вспомните любой момент своей жизни, когда вы были переполнены воспоминаниями о прошлом, живо и зримо переживали минувшее. Побудьте в этом состоянии и мысленно зафиксируйте его в виде ощущения, чувства, звука, образа и т.д..

Наконец, вспомните любой из тех моментов, когда вы полностью пребывали в настоящем — например, купались, загорали, катались на лыжах или наслаждались какими-либо развлечениями. Побудьте в этом состоянии и мысленно зафиксируйте его.

Теперь, встав перед линией времени примерно посередине, встаньте на ту ее точку, которая примерно соответствует вашим временным предпочтениям. Определите, какой конец дальше от вас (прошлое или будущее?), повернитесь к нему спиной и начните медленно пятиться к этому концу, одновременно как бы все более погружаясь в соответствующие предпочтения и приближаясь к его пику.

Дойдя до одного конца линии времени, повернитесь на ней, и все также спиной медленно пройдите ее до противоположного конца, одновременно усиливая в себе соответствующие предпочтения. Сделайте эти проходы из конца в конец несколько раз.

Сойдите с линии времени, очистите сознание от воспоминаний и ощутите «здесь и теперь», после чего опять повернитесь к ней и встаньте на точку, которая теперь соответствует вашему временному предпочтению. Теперь разведите руки, мысленно возьмитесь за полюса предпочтений прошлого и будущего и, одновременно ощутите себя в настоящем, как бы притяните к себе эти полюса, чтобы они соединились в ваших ощущениях».

Обсуждение после упражнения:

- получилось ли соединить прошлое, настоящее и будущее?
- если не получилось, то, что помешало?
- что выпадало из целостного образа: прошлое, настоящее или будущее?
- какие чувства испытывали при соединении прошлого и будущего в настоящем? Связаны ли эти переживания с конкретными жизненными событиями или представлениями о них?
- как в настоящем отражается ваше прошлое, настоящее, будущее и целостный образ времени?

3) Техника «Создание линии времени»

Цель: определение типа временной линии.

Психолог обращается: «Выберите любое событие, повторяющееся действие, которое вы точно выполняли в прошлом, выполняете в настоящем и будете выполнять в будущем (это может быть чистка зубов, причесывание, умывание и т.д.).

Вспомните как вы делали это 5 лет назад, или притворитесь, что вспомнили об этом. Здесь не важен конкретный пример этого действия пятилетней давности. Просто подумайте об том, что вы действительно делали это пять лет назад, немного поразмышляйте об этом и обязательно отметьте, где в пространстве вокруг вас вам почудилась картинка этого воспоминания. Запомните это место.

Далее по такому же принципу вспомните (и отметьте место картинки) как вы это делали:

- год назад,
- месяц назад,
- неделю назад,
- вчера.

Теперь вспомните, что вы будете еще совершать это действие, и, в соответствии с вышеисполненным, уже не вспомните, а подумайте и вообразите, как вы будете делать это:

- через неделю,
- через месяц,
- через год,
- через пять лет.

Здесь обратите внимание, что начиная с некоторого момента (обычно -после года), картинки могут перестать появляться, а взгляд ваш вместо того, чтобы как бы бессознательно отмечать место их появления, будет метаться по пространству. Если это произошло, остановитесь.

Теперь вообразите, что вы совершаете действие прямо сейчас, отметьте место образа настоящего, проведите воображаемую линию между всеми этими вашими картинками и зарисуйте ее на листе бумаги, как бы оставив план всего этого в проекции вид сверху».

3) Техника изменений линии времени.

Цель: коррекция временной линии.

Психолог просит: «Воссоздайте свою прежнюю линию времени и представив, что она состоит из какого-то пластичного материала (например, легко гнущейся проволоки), видоизмените ее (если это действительно необходимо) и сделайте соответствующей той форме линии времени, которую вы выбрали.

В случае, если вы меняете включенное время на сквозное, мысленно вышагните из своего проходящего сквозь вас настоящего, отступив от него примерно на шаг, или осторожно «извлеките» настоящее из своей головы и поместите перед собой.

Теперь определитесь, какими — полными чего именно — вы хотели бы видеть свое прошлое, настоящее и будущее, подберите соответствующие эталоны и примеры и осуществите наполнение своего прошлого, настоящего и будущего различными новыми событиями.

Сейчас после сделанных вами изменений, вы постепенно возвращаетесь в ситуацию «здесь и сейчас».

Затем ведущий задает ряд вопросов, направленных на осознание результатов проведенного упражнения:

- изменился ли тип вашей временной линии? что конкретно изменилось, а что осталось прежним?
- чем вы наполнили свое прошлое, настоящее, будущее?

- в чем состояли трудности при работе с временной линией?
- что хотелось бы еще изменить, и почему это не произошло?
- какие сейчас чувства вы испытываете по отношению с своему прошлому, настоящему и будущему, чем они вызваны?

Занятие 8- Нарративная психотерапия.

Упражнения «уникальный эпизод»; «исследование и проявление деталей уникальных эпизодов»; «исследование смыслов уникального эпизода».

Занятие 9- Арт-терапевтическое занятие.

1) Упражнения «Рисунок своей временной линии»

Цель: оценка эффективности проведенных занятий.

Психолог просит нарисовать красками, карандашами, фломастерами и т.д. свою временную линию. Затем предлагает обсудить что изменилось, а что осталось прежним в своих переживаниях по поводу прошлого, настоящего и будущего.

2) «Мое настроение».

Инструкция: нарисуйте свое настроение - такое, какое оно есть прямо сейчас. Может быть, оно будет похоже на погоду, или на пейзаж, или это будет абстрактный рисунок. Дорисуйте образ до конца - чтобы он полностью отражал Ваше состояние.

Опишите своё настроение словами - какое оно? Детям можно задавать наводящие вопросы: грустное или веселое? От чего такое? Это ожидание чего-то или про прошедшие события? А какое настроение ты бы хотел?

Теперь измените этот рисунок так, чтобы он изображал то настроение, которое вы хотите для себя. Изменить нужно именно этот рисунок, не надо рисовать новый. Можно дорисовать новые детали или зарисовать его полностью, покрутить лист и увидеть с нового ракурса другую картину. Можно порезать и переклеить части в другом порядке, меняйте свое настроение любым способом! Главное - чтобы в итоге получилось именно такое настроение, которое бы вы хотели сохранить на долгое время (например, спокойное или радостное, нежное, или влюбленное).

3) Фототерапия.

Занятие 10- Завершающее занятие (релаксация).

1) Упражнение на релаксацию

Очищение от тревог.

Милый друг, согласишься, что иногда ты очень устаешь и тебе хочется отдохнуть. (*Пауза.*) Ляг удобно, закрой глаза и постарайся представить себе необычное путешествие. Давай собирать мешок. Положим в него все, что тебе мешает: все обиды, слезы, ссоры, грусть, неудачи... Завяжем его и отправимся в путь. (*Пауза.*) Мы вышли из дома, где ты живешь, на широкую дорогу... Путь наш далек, дорога тяжела, мешок давит на плечи, устали и стали тяжелыми руки, ноги. О – ох! Как хочется отдохнуть! Давай так и сделаем. Снимем мешок, ляжем на землю. *Глубоко вдохнем: вдох* (задержать на 3 секунды) - *выдох* (подождать 3 секунды) - *повторить 3 раза*. Чувствуешь, как пахнет земля? Свежий запах трав, аромат цветов наполняет дыхание. Земля забирает твою усталость, тревоги, обиды, наполняет тело силой, свежестью (*пауза*). Ты встаешь, надо идти дальше. Подними мешок, почувствуй, - правда, ведь, он стал легче?... Ты идешь по полю среди цветов, стрекочут кузнечики, жужжат пчелы, радостно поют птицы. (*Пауза.*) Впереди прозрачный ручеек. Вода в нем целебная, вкусная. Ты наклоняешься к нему, опускаешь ладошки в воду и пьешь с удовольствием чистую и прохладную водичку. Чувствуешь, как она плавно растекается по всему телу, очищает горлышко, животик... Внутри приятно и свежо, ты ощущаешь легкость и свободу во всем теле... Хорошо! Войди в

воду. Она приятно ласкает ноги, пяточки, ступни, пальчики... Ты прыгаешь с камушка на камушек, тебе легко, мешок не мешает, он становится легче и легче. *(Пауза.)* Разноцветные брызги разлетаются и блестящими капельками освежают лицо, лоб, щеки, шею, все тело. Вот здорово!

Ты легко перебрался на другой берег. Никакие препятствия тебе не страшны! *(Пауза.)*

На гладкой зеленой травке стоит чудесный белый домик. Дверь открыта и приветливо приглашает тебя войти. Тыходишь в домик. Перед тобой печка, можно посушиться. Ты садишься рядом с ней и рассматриваешь яркие язычки пламени. Они весело подпрыгивают, танцуют; подмигивают угольки. Приятное тепло ласкает личико, руки, тело, ноги... *(Пауза.)* Становится уютно и спокойно. Добрый огонь забирает все твои печали, усталость, грусть... Твой мешок опустел. *(Пауза.)* Ты выходишь из дома. Довольный и успокоенный, ты с радостью вдыхаешь свежий воздух. Легкий ветерок ласкает волосы, шею, все тело. Тело будто растворяется в воздухе, становится легким, невесомым. Тебе очень хорошо. Ветерок заполняет мешок радостью, добром, любовью...

Все это богатство ты отнесешь домой и поделишься им со своими родными, друзьями, знакомыми. *(Пауза не более 30 секунд.)* Теперь ты можешь открыть глаза и улыбнуться - ты дома, и мы все тебя очень любим...

2) рефлексия.

Клинический случай

Больная Е., 26 лет, пол женский.

Диагноз: тревожно-депрессивное расстройство.

Наследственность больной отягощена смертельным генетическим заболеванием матери и алкоголизмом отца.

Клиническая беседа

П: Здравствуйте, меня зовут Анна Андреевна, я клинический психолог. Как вас зовут?

Б: Е.

П: Сколько вам лет? Назовите дату рождения.

Б: 26 лет. Родилась 12.11.1991 г.

П: Как вы себя чувствуете?

Б: Не знаю, мне грустно, нет сил, нет никакого желания чем-либо заниматься.

П: Сейчас вам предстоит поучаствовать в исследовании нейропсихологических факторов восприятия времени при тревожно-депрессивном расстройстве. Вы согласны?

Б: Что мне нужно будет делать?

П: Участие в исследовании заключается в необходимости выполнить ряд простых упражнений и решить поставленные экспериментом задачи. Время, которое может потребоваться на работу с методическим материалом составляет около 1,5 часа. Задания не сложные. Если вы что-то не знаете, скажите об этом.

Б: Да, хорошо, буду участвовать.

Анамнез.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности, в полной семье, единственным ребенком. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. По характеру формировалась общительной, активной, эмоциональной, впечатлительной. В школу пошла с семи лет, училась хорошо, с удовольствием общалась со сверстниками. Посещала занятия гимнастикой, затем - танцевальные.

В возрасте 8 лет потеряла мать, в связи с тяжелым генетическим заболеванием. После чего отец начал пить. Ребенка воспитывала бабушка.

Менструации - с 13 лет, регулярные, малобольные. В пубертатный период по характеру существенно менялась. Это связано с тем, что в возрасте 14 лет умер и отец. Отмечает, что с детства была чрезмерно вспыльчивой, тревожной, склонной волноваться по малозначимым поводам, «делать из мухи слона». Тревожность особенно усиливалась в ответственные моменты, например, перед контрольными или экзаменами, несмотря на то, что всегда хорошо училась. В период подготовки очень волновалась, боялась, что не справится. В такие периоды испытывала тревогу, внутреннюю напряженность, раздражение, что заставляло ее, запершись в комнате, «биться головой о стену, чтобы как-то разрядиться, отвлечься». После смерти отца отмечает у себя наличие депрессии.

После окончания 11 классов школы поступать в университет не стала, «зарабатывала танцами». И только в 22 года поступила в Белгородский государственный институт искусств и культуры на заочное отделение. Несмотря на то, что все жизненные обстоятельства в тот период складывались благополучно, «всегда находила себе поводы для тревоги». Во время учебы в институте эпизодически (в основном в период сессий) принимала феназепам для купирования тревоги. Потребность в приеме феназепама была связана с усилением чувства внутренней напряженности, неуверенности, опасений провалить экзамен. В таком состоянии часто испытывала головные боли, которые мешали сосредоточиться. На данный момент является тренером танцевальной группы.

В возрасте 24 лет вышла замуж по любви, на данный момент (в возрасте 26 лет) находится на 24 неделе беременности. В связи с этим, постепенно нарастает тревожность. Постоянно испытывает беспокойство о ребенке, боится, что с ним может что-то случиться. Также боится за свою жизнь, т.к. ей передалось генетическое заболевание от матери. Жизнь больной стоит под угрозой. Вследствие чего возникла депрессия. Есть страх потерять работу. Настроение понижено из-за постоянной тревоги. Беспокоят головные боли, учащенное

сердцебиение, быстро устает, часто подолгу не может заснуть. Стала агрессивной, вспыльчивой.

Отношения с мужем хорошие. Он ее во всем поддерживает, понимает и принимает.

В последнее время усилился внутренний дискомфорт, ощущение беспокойства, утомляемость. Наплывы тревожных опасений за будущего ребенка, свою жизнь. С домашними делами справляется с трудом. Большую их часть выполняет муж пациентки.

На этом фоне ухудшилось настроение, испытывает подавленность, вялость. Наблюдаются трудности засыпания и ранние пробуждения. Снижился аппетит. Появилась идеаторная и моторная заторможенность, суточная ритмика с более тягостным состоянием в первую половину дня.

В таком состоянии впервые обратилась к психиатру.

Психический статус при поступлении. Одета небрежно. Видимые кожные покровы бледные. Пониженного питания. Движения замедлены. Во время беседы сидит в однообразной скорбной позе. Выражение лица страдальческое, гипомимично. Голос тихий, маломодулированный. В беседе пассивна, на вопросы отвечает с задержкой, ответы чаще бывают односложными.

Жалуется на отсутствие сна, которое считает «основной проблемой». Говорит, что в последнее время стала лучше спать «на лекарствах», но опасается «привыкания» к снотворным и, следовательно, возможного отсутствия их эффекта в скором будущем. Обеспокоена предстоящей ночью (сможет ли заснуть, не разбудит ли ее соседка по палате, когда подействуют снотворные и т. п.). Фиксирована на проблемах со сном, считает их основными в своем состоянии, тревожится, говоря о них.

При активном расспросе выясняется, что настроение подавленное, особенно в первую половину дня. Говорит об отсутствии побуждений и интереса к чему-либо. Убеждена, что «в итоге умрет, но это будет долго и мучительно, а дети будут страдать, так как будут расти без матери». Винит себя за то, что все заботы о детях ложатся на ее мужа, которому будет тяжело из-за ее болезни и необходимости

заботиться о детях после ее смерти. Значительно ограничивает любой вид повседневной физической активности из-за убеждения, что физическое напряжение может спровоцировать «приступ», который, в свою очередь, усугубит проблемы. Из-за этого при госпитализации отказывалась подняться на 2-й этаж. Пессимистично оценивает будущее, которое представляется бесперспективным. Говорит, что видит нормальную жизнь окружающих ее людей и понимает, что у нее такого «уже никогда не будет». Суицидальных планов не строит.

Аппетит резко снижен. Не испытывает чувства голода, но, понимая «необходимость приема пищи», «старается что-нибудь съесть» в часы завтрака, обеда, ужина. Потеряла в весе.

Разубеждению не поддается. Критика к переживаниям отсутствует.

Был поставлен диагноз – тревожно-депрессивное расстройство (F41.2).

В отделении первое время была малозаметна, бездеятельна, большую часть времени проводила в палате, залеживалась в постели, избегала общения. Мужем интересовалась пассивно, сама домой не звонила, объясняя это тем, что «не хочет беспокоить». Сохранялись упорные жалобы на бессонницу, тревогу, убежденность в наличии у нее неизлечимого заболевания. Аппетит был резко понижен. В процессе терапии выровнялось настроение, редуцировались переживания, тревога, нормализовались сон и аппетит. Пациентка стала контактной, приветливой, читала, смотрела телепередачи, неоднократно ходила в домашние отпуска, где с удовольствием занималась домашним хозяйством. Сформировалась полноценная критика к перенесенному состоянию. Строила реальные планы на будущее. Была выписана домой в удовлетворительном состоянии для продолжения поддерживающей терапии.

Результаты исследования нейропсихологических особенностей временной перцепции у больной с тревожно-депрессивным расстройством (клинический случай) до и после проведения психологической программы оптимизации процессов временной перцепции у больных с тревожно-депрессивным расстройством

№ п/п	пол	возраст	HADS				шкала Цунга		опросник временной перспективы Зимбардо				
			тревога	уровень	депрессия	уровень	баллы	уровень	негативное прошлое	гедонистическое настоящее	будущее	позитивное прошлое	фаталистическое настоящее
Результаты до апробации программы	ж	26	11	3	14	3	63	3	3,9	2,9	2,5	2,2	2,6
Результаты после апробации программы	ж	26	9	2	10	2	50	2	2,8	2,3	3,1	2,2	2,5

м-ка семантического дифференциала времени					субъективное восприятие времени	М-ка событийной реконструкции				КНОКС			степень выраженности
активность	эмоц.окраска	величина	структура	ощущаемость		Колич. Событий	Колич.отн. ошений	колич. Положит.	колич. Отрицательных	Балл части 1	Балл части 2	Общий балл	
-15	-15	2	-2	3	2	9	0	2	7	13	13	26	2
-2	-3	2	-2	3	2	13	0	6	7	14	14	28	1