

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ**

УДК 159.97

DOI: 10.17223/17267080/70/6

**О.А. Сагалакова<sup>1</sup>, Д.В. Труевцев<sup>1</sup>, И.Я. Стоянова<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup> *Алтайский государственный университет (Барнаул, Россия)*

<sup>2</sup> *Научно-исследовательский институт психического здоровья (Томск, Россия)*

<sup>3</sup> *Томский государственный университет (Томск, Россия)*

### **Синдромно-факторный метод в историческом и современном контексте: возможности исследования социально-тревожного расстройства**

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ (17-29-02420).

*Для настоящего времени постнеклассического уровня научного знания в клинической психологии характерны тенденции переосмысления ценности культурно-деятельностного подхода. Синдромно-факторный метод анализа в отечественной клинической психологии позволяет рассматривать психическую деятельность как открытую, самоорганизующуюся и саморазвивающуюся систему, исследовать системно-динамические составляющие психики. Исходя из логики синдромного анализа, становится возможным прогнозировать вероятностные траектории развития системы, создавать программы восстановления психики. Обобщение опыта применения синдромно-факторного метода в клинко-психологических исследованиях направлено на эмпирическую верификацию положений культурно-деятельностного подхода, раскрытие прогностической значимости метода. В современных условиях существует необходимость дальнейшего осмысления, концептуализации и систематизации специфических патопсихологических синдромов в клинической психологии. В контексте настоящего исследования данный метод применялся для исследования синдрома социальной тревоги и социального тревожного расстройства.*

**Ключевые слова:** *постнеклассическая наука; культурно-деятельностный подход; синдромно-факторный метод; сложные системы; патопсихология; нейропсихология; психология телесности; психическая деятельность.*

### **Синдромно-факторный метод в рамках культурно-деятельностного подхода**

В отечественной клинической психологии наблюдаются тенденции переосмысления базовой методологии культурно-деятельностного подхода в концептуализации и решении новых задач, диктуемых современной

наукой и практикой. В разделах клинической психологии, разработанных на основе данного подхода, получены значительные результаты применения данной методологии, однако до сих пор остаются противоречия в определении и квалификации синдромов, систематике психологических нарушений в рамках синдромного анализа и самих синдромов, определении ведущих нарушений в структуре психической деятельности. Обобщение данных, полученных с помощью метода синдромного анализа, позволит наглядно продемонстрировать масштаб решаемых с его помощью задач, определить пути его дальнейшего осмысления и развития.

Цель настоящей статьи состоит в том, чтобы проанализировать методологическую и эмпирическую значимость данного подхода и разработанного на его основе синдромно-факторного метода в исследовании закономерностей синдроногенеза нарушений психической деятельности и личности, обобщить опыт применения, проанализировать современные тенденции развития данного метода в отечественной клинической психологии, представить обобщение применения метода в исследовании социальной тревоги / социального тревожного расстройства (далее – СТ / СТР).

В настоящее время предпринимаются аналитические исследования, посвященные культурно-деятельностному подходу в целом (Асмолов, 2014; Зинченко, Первичко, 2016 [1]), а также основанному на данной методологии синдромному анализу в медицинской психологии (патопсихология, нейропсихология, психосоматика и психология телесности) (Соколова; Николаева, 2003 [2]; Николаева и др., 2014 [3]; Зинченко, Первичко, 2012, 2014 [4–6]; Микадзе, Скворцов, 2014 [7] и др.).

Культурно-деятельностный подход выступает эвристичной моделью научного знания и соответствует базовым принципам постнеклассического уровня науки, обеспечивающим единство методологии, метода, методики и приемов психологической коррекции в современной клинической психологии (Николаева и др., 2014 [3]; Зинченко, Первичко, 2012, 2014, 2016 [1, 5, 6]). Данный подход позволяет выявлять собственно психологические механизмы нарушений и закономерностей психических проявлений в неблагоприятных условиях болезни, возможности адаптации пациентов.

Постнеклассическая модель рациональности направляет вектор современной науки на исследование сложных исторически развивающихся открытых систем, требующих изучения в развитии. На основе теории сложных систем (синергетика), общей теории систем, зародившихся на естественно-научной почве, возникает перенос этих идей на социальные и психологические процессы (Анохин, 1978). Формулируются законы о самоорганизации систем, вводится понятие диссипативной системы (структуры) как неравновесной открытой системы, поддерживающей взаимобмен со средой, и др. Историчность системы комплексного объекта и динамика, вариативность его поведения предполагают особые способы описания и предсказания динамических состояний как линий развития системы в «точках бифуркации» (статус фазовых переходов от одного состояния к другому) (Зинченко, Первичко, 2014).

Становление метода синдромного анализа в психологии, клинической психологии берет свои истоки в работах Л.С. Выготского, представления о динамических функциональных системах – в трудах П.К. Анохина (1978), а основные положения и базовые принципы синдромного анализа развивали и продолжают развивать ведущие специалисты в области общей психологии, патопсихологии, нейропсихологии, психосоматики (Лурия, 2006; Зейгарник, 1976 [8], 1981 [9]; Рубинштейн, 1977; Леонтьев, 1991; Николаева, 2003 [2]; Соколова, 2011; Критская и др., 1991 [10]; Коченов, Николаева, 1978 [11]; Тхостов, 2002 [12]; Зинченко, Первичко, 2016 [1]; Братусь, Павленко, 1986 [13] и др.).

Возникновение и развитие этого подхода в начале XX в. связано с накопленными в науке противоречиями, связанными с разочарованием классического и неклассического представления о психике человека, которые нельзя было игнорировать. Попытка изучения феноменов, изолированных внешне наблюдаемых детерминант вне системного видения открытой сложноорганизованной, внутренне взаимосвязанной структуры приводили к накоплению, с одной стороны, массы разрозненных фактов без их адекватного осмысления, а с другой стороны, – к противоречивым и неверным выводам относительно психики и личности человека. В такой логике появлялись методологически ошибочные представления о галлюцинациях как «ложных восприятиях», об обратном пропорциональном количественном «уменьшении» интеллекта при деменциях по аналогии с обратным ходом развития, о разных механизмах функционирования психики в норме и патологии, о болезни как негативе развития, о противопоставлении «аффективного» и «когнитивного» мышления. Исходя из постнеклассической модели рационального научного знания, требуется особая форма применения экспериментального метода к изучению психических, психологических феноменов, связанная с необходимостью изучения психического действия в реальной практической ситуации (Зейгарник, 1981 [9]). Этот тип научного дискурса выстроен с пониманием исследуемых феноменов как самоорганизующихся, саморазвивающихся систем, имеющих динамику накопления противоречий, развития. Ведущими учеными-психологами в методологических и экспериментальных исследованиях доказано, что культурно-деятельностный подход Л.С. Выготского, А.Р. Лурии, А.Н. Леонтьева, а также теория функциональных систем П.К. Анохина отвечают критериям неклассического (Леонтьев, 2005) и постнеклассического типа научного дискурса (Зинченко, Первичко, 2012 [5]). Эти концепции могут быть эффективно применены в современных исследованиях психической деятельности человека в норме и патологии.

### **Синдромно-факторный метод исследования в клинической психологии**

Ссылаясь на значительное развитие синдромного подхода в нейропсихологии, Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко отмечают, что понятия «син-

дром» и «фактор» являются «метапонятиями» современной клинической психологии, которые продолжают развиваться и осмысляются на новом уровне [6. С. 18]. Эти понятия выступают «продуктом научного анализа», предполагающего соблюдение алгоритма аналитических действий в отношении наблюдаемой клинической картины. Они требуют дальнейшего изучения в разных сферах клинической психологии.

Синдромообразующий фактор выступает многоуровневым образованием, необходима его качественная характеристика при разных формах нарушений психической деятельности [Там же. С. 15]. Психологический синдром определен как открытая саморазвивающаяся система [Там же. С. 17]. Методологически и эмпирически подтверждено, что синдром обладает свойствами саморазвития (возникновение первичных нарушений влечет нарушения производные все более высокого ранга, возникают явления развития синдрома в условиях компенсаторных стратегий, трансформации смысловой регуляции деятельности). Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко подчеркивают, что синдром как «исследовательское орудие» обладает «диалектическими свойствами» [Там же], он полипричинен, носит вероятностный характер.

Важнейшим следствием применения методологии постнеклассической модели научного знания является возможность диагностики не симптомов, а динамики формирования симптомокомплекса и основных закономерностей его развития в единстве с решением теоретических и практических задач клинической психологии. В рамках подхода соблюдается единство методологии, метода и методики. Так, А.Р. Лурия, опираясь на идеи Л.С. Выготского, П.К. Анохина, разработал нейропсихологическое учение о высших психических функциях (ВПФ) и их нарушениях при локальных поражениях головного мозга. Под ВПФ он понимал сложные функциональные системы, не имеющие узкой локализации в головном мозге, но организованные системно-динамически. Они охватывают системы совместно функционирующих зон, в результате можно наблюдать сложные клинические картины, формы компенсации и перестроек ВПФ при локальных поражениях головного мозга.

С опорой на синдромно-факторный анализ определены взаимодействующие блоки головного мозга и нейропсихологические синдромы нарушений ВПФ, разработаны принципы восстановительного обучения. Использование принципов системного анализа позволило преодолеть логику упрощенных детерминаций в анализе психики, вывести восстановление ВПФ на научно обоснованный уровень (Леонтьев, 1991).

Современные исследователи продолжают развивать синдромный анализ, разработанный в трудах А.Р. Лурии. В работах Ю.В. Микадзе, А.А. Скворцова показано, что выделение факторов и синдромов в классической теории проводилось «...на основе выделения общих признаков, а не общих механизмов ряда симптомов...», что требует дальнейшего исследования методологии и «...раскрытия более дробных факторов и синдромов» [7. С. 69].

Принципы диагностики психики как деятельности и в процессе деятельности активного субъекта нашли свою реализацию в нейро- и патопсихологии, психологии телесности и психосоматике. А.Ш. Тхостовым (2002) [12], В.В. Николаевой, Г.А. Ариной (2003) [2] культурно-деятельностный подход как современная парадигма в клинической психологии применен в синдромном анализе нарушений психической деятельности при психических расстройствах и изучении опыта телесности в норме и патологии (Зейгарник, 1981 [9]; Братусь, Павленко, 1986 [13]; Рубинштейн, 1977; Соколова, 2011; Коченов, Николаева, 1978 [11]; Николаева и др., 2014 [3]). Данный подход использован при анализе развития личности в норме и при ограниченных возможностях здоровья (Леонтьев, 2014) [14]. Анализ смысловых образований и развития личности в норме и патологии, аномалий онтогенетического развития психики в детском возрасте, феномена аутизма также осуществлялся на базе синдромно-факторного анализа (Братусь, Павленко, 1986 [13]; Зейгарник, 1981 [8, 9]; Зверева, Рощина, 2012 [15]; Лебединская, Никольская, 1991 [16]).

Применяя культурно-деятельностный подход, В.В. Николаева и Г.А. Арина исследуют опосредованное влияние хронической болезни на психику. По результатам исследований показано, что болезнь, несмотря на ее биологическую природу, ставит личность в особые «жизненные обстоятельства» – в новую социальную ситуацию развития [2]. Д.А. Леонтьев (2014), описывая компенсирующую роль личностных ресурсов человека, подчеркивает, что есть как негативные, так и позитивные аспекты изменения личности в условиях ограниченных возможностей здоровья [14]. Развитие личности и психической деятельности в целом в условиях болезни порождает ряд противоречий реальной деятельности субъекта, которые служат основой развития личности, обеспечивают возможность внутрисистемных перестроек.

Отечественные исследователи установили, что телесность имеет культурно-историческую основу, а психосоматические феномены обладают свойствами высших психических функций (социальность происхождения, опосредованность строения, произвольность контроля) (Тхостов, 2002 [12]; Николаева, Арина, 2003 [2]; Николаева и др., 2014 [3]).

Культурно-деятельностный подход успешно применялся в исследовании психосоматических феноменов в клинической психологии (Зинченко, Первичко, 2012, 2014 [5, 6]). Исследователями рассмотрены психосоматические синдромы при заболеваниях пролапс митрального клапана, стресс-индуцированная гипертензия. В лонгитюдном эксперименте удалось обнаружить закономерно устойчивые (радикалы) и изменчивые компоненты синдрома (производные нарушения). Обнаружены факторы, образующие синдромогенез, определен прогноз нарушений у пациентов на основе внутрисистемного и межсистемного анализа динамики синдрома. При этом структура и динамика синдрома определяются действием нескольких факторов разного уровня психики – психологического, психофизиологического.

В анализе системных нарушений психики при шизофрении, осуществленном В.П. Критской, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляковым (1991), применена синдромно-факторная парадигма [10]. Целью синдромного анализа явились «раскрытие и квалификация психологического синдрома как структурированного системного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между основными психопатологическими характеристиками ...» [Там же. С. 4]. Подчеркивая структурированность синдрома, отмечается важность изучения системных перестроек – обратимых и необратимых изменений личности, адаптационно-компенсаторных возможностей психики, закономерностей строения и протекания психической деятельности и свойств личности при психической патологии.

При исследовании шизофрении выявлена ключевая роль нарушений в иерархии и строении мотивов личности, перестроек мотивационной основы личности, снижающих продуктивность деятельности. В качестве главных нарушений выступают снижение социальной направленности личности, сложности принятия мотивов совместной деятельности, сбой в усвоении и использовании шаблонов социального опыта, а также нарушение социальной саморегуляции и особый когнитивный стиль (снижение избирательности) [Там же]. Основой нарушения выступают ослабление потребности в общении, меньшая подверженность социальному подкреплению, снижение роли социальных оценок и др. [Там же]. Нарушения избирательности в практических задачах оказались стабильным свойством (ослаблена опора на прошлый опыт, расширен круг анализируемых свойств) [11]. Отмечаемый «внешний» симптом снижения психической активности выступает вторичным изменением, связанным с нарушением в мотивационно-потребностной сфере. Ведущее нарушение – дефект в мотивационной сфере. Характерно нарушение формирования ведущего мотива деятельности (актуализация разнонаправленных побуждений). Пациентам свойственна мотивационная разноплановость как первичный дефект. Постепенное обеднение личности производно, связано с нарушениями иерархии и функций мотивов. Наблюдается отсутствие условий продуктивной деятельности – «осознания образа-модели будущего результата в качестве цели деятельности» [Там же. С. 54].

А.Б. Холмогоровой продемонстрированы закономерные нарушения рефлексированной регуляции познавательной деятельности при шизофрении, обнаружена устойчивая особенность притязаний при выборе уровня сложности задачи – патологическая ригидность, характерная в особенности для ситуаций успеха (снижение вероятности смены притязаний). Исследования не утратили своей актуальности, продолжаясь в изучении феномена дефицита когнитивных способностей и социальных навыков, социального познания при шизофрении (Рычкова, Холмогорова, 2014 [17]). При анализе проблемы нарушения социального познания авторы опираются на компонентный анализ психической деятельности. Комплексная модель нарушений социального познания включает операциональный, мотивационный, регуляторный и поведенческий компоненты. Эксперимен-

тально доказана «...роль мотивационного компонента в форме социальной ангедонии в нарушениях социального познания при шизофрении» [17. С. 30].

Согласно логике культурно-деятельностного подхода, рассматривающего психику как динамическую систему, синдромно-факторный метод анализа позволяет четко определять ведущие и вторичные / третичные нарушения, условия актуализации ведущего (стабильного) фактора. Благодаря уникальной экспериментальной процедуре (демонстрация звуков с разной степенью четкости узнавания), разработанной С.Я. Рубинштейн (1977), удалось исследовать механизм галлюцинаций. Восприятие в видоизмененных условиях теряет подконтрольность, но это не «ложные восприятия». Образ без наличия внешнего объекта возникнуть не может, представлений «вне рефлекторного акта» не существует. С.Я. Рубинштейн указывает, что связь между галлюцинацией и объектом нельзя выявить, но это не значит, что ее нет, поскольку раздражители запускают реагирование через целую систему ассоциаций [8]. Выход за пределы каузальной логики «видимых» симптомов позволил показать, что неверно считать галлюцинации «ложными восприятиями». К нарушенной психике должны применяться те же законы развития системы, что и в норме [Там же]. Методические приемы требуют своего развития при исследовании разных феноменов нарушений психики на современном этапе развития пато- и нейропсихологии.

При «видимых» нарушениях зрительного восприятия в процессе предъявления сюжетных картин пациентам с деменцией можно остановиться на анализе этого сегмента как изолированного феномена, придя к неверным выводам. Применяя принцип системного культурно-деятельностного подхода, можно рассмотреть динамику нарушения восприятия и заключить, что за неустойчивыми и «бросающимися в глаза» нарушениями стоит первичное снижение осмысленности восприятия. Б.В. Зейгарник пишет, что при «деменции по органическому типу» восприятие пациентов носило недифференцированный характер. Пациенты улавливали часть рисунка, остальное не узнавали: «Восприятие, освобожденное от организующей роли мышления, становится диффузным, легко возникает структурный распад, несущественные элементы рисунка становятся центром внимания...» [Там же. С. 38].

К.С. Лебединская, О.С. Никольская (1991) применили синдромно-факторный анализ к определению первичных, вторичных и третичных компонент нарушения психики при раннем детском аутизме (РДА). Оценивая динамику нарушений при РДА, определено, что первичными нарушениями выступают «специфическая недостаточность общего... психического тонуса» (низкая психическая активность с пресыщаемостью, фрагментарность восприятия, затруднения охвата целого, фиксации внимания, нарушения произвольности и целенаправленности) и «общая сенсорная и эмоциональная гиперестезия» (страдает эмоциональный контакт, характерны диффузные страхи) [16. С. 18]. Вторичные нарушения в виде изоляции, сензитивности и страхов – это производный результат патологической слабости психического тонуса и хронического аффективного дискомфорта [Там же. С. 17].

Производные нарушения носят характер «приспособления» личности в неблагоприятных биологических и социальных условиях при РДА.

При применении экспериментально-патопсихологического метода к исследованию других клинических групп (неврозы, расстройства личности (психопатии), зависимые расстройства, расстройства пищевого поведения) Б.В. Зейгарник (1976) [8], Б.С. Братусем, В.Н. Павленко (1986) [13] получены важные результаты, связанные с обнаружением закономерных синдромообразующих признаков, специфичных для нозологической принадлежности. Так, «...ядерными... у больных психопатией являются нарушения целеобразования... тогда как у больных неврозом на первый план выступают нарушения в структуре их самооценки» [13. С. 154].

### **Синдромно-факторный метод в исследовании социального тревожного расстройства и социальной тревоги**

Обобщение достижений и принципов синдромного подхода в медицинской психологии позволило разработать и экспериментально подтвердить патопсихологическую модель социальной тревоги и социального тревожного расстройства. Ведущие нарушения при этой нозологии проявляются в искажении произвольной регуляции психической деятельности в условиях «воспринимаемой угрозы». Это связано с нарушением в организационно-целевой структуре деятельности в ситуациях оценивания (утрата целевого приоритета / многозадачность, мониторинг «ошибки», негативно-оценивания другими), а также с вторичными мотивационными изменениями личности и дальнейшими нарушениями избирательности внимания в условиях оценивания [18, 19, 20].

Согласно логике развития синдрома способами справиться с нарастающей социальной дезадаптацией, напряжением в системе мотивов деятельности и дисрегуляции тревоги при оценивании становятся все более деструктивные формы декомпенсации. Наряду с дистанцированием усиливаются злоупотребление психоактивными веществами, антивитальные переживания, чувство безнадежности, суицидальное или конформное поведение с отказом от своих потребностей, изоляция от общества, выученная беспомощность. Так, показано, что в подростковом и юношеском возрасте социальная тревога взаимосвязана с риском антивитального поведения (в том числе суицидального, самоповреждающего). Взаимосвязь объясняется через механизм «петли обратной связи» в структуре циклического накопления («аккумуляции») динамического напряжения на фоне нарушения произвольной регуляции в условиях социально опосредованного воспринимаемого стресса (отвержение, критика, осмеяние) [18].

СТ и ее клинический вариант – СТР – осмыслены через механизмы нарушения целевой регуляции и опосредствования тревоги оценивания (мнимого или реального), дезорганизующих деятельность в условиях самопрезентации. Мониторинг потенциальных угроз порождает «квазицелевые» приоритеты. Это сопровождается многозадачностью при распределе-



нии ресурсов психики и их быстрым истощением, потерей целевого приоритета. При нарушении регуляции выраженной тревоги в условиях оценивания деятельности содержательно-целевая и второстепенная информация слабо иерархизирована. Субъект действует в «многоцелевом» модусе, что приводит к нарушению целенаправленной активности и фиксации на неуспехе. Нарушения в регуляции и организации деятельности как первичный дефект вызывают вторичные изменения в мотивационном компоненте («сдвиг мотива на цель», «сдвиг цели на средства») [18].

Полученные результаты свидетельствуют о единой системе формирования и поддержания синдрома. Преобладание мотива избегания неудачи в поведении при СТ / СТР сопровождается напряженным, но фрустрированным мотивом достижения успеха. Такие субъекты выстраивают поведение в ситуациях оценивания в дисгармоничной системе мотивационных координат, что аккумулирует мотивационное и эмоционально-когнитивное напряжение и не дает регуляционной системе деятельности необходимых свойств гибкости и переключаемости.

Результаты деятельности с высокой вероятностью осмысляются как неуспех, который циклически воспроизводится в пост-ситуативных размышлениях, несмотря на объективное завершение ситуации. Это не позволяет прервать связанную с задачей временную регуляционную систему, переключиться на другой тип активности. Рост напряжения провоцирует стремление к его снятию, однако при несформированности конструктивных стратегий регуляции деятельности и совладания повышается вероятность использования доступных, но часто саморазрушительных стратегий (это особенно характерно для молодого возраста) [20].

Нарушение в мотивационном компоненте психической деятельности при СТ вторично, как и закрепление в опыте дисфункциональных паттернов регуляции деятельности, совладания с тревогой, что свидетельствует уже о более выраженных симптомах (переходе СТ в СТР), часто осложненных вторичными нарушениями психики и поведения.

Действительно, важной особенностью при СТ / СТР выступает мотивационное рассогласование между страхом оценочных ситуаций с тенденцией к их избеганию и желанием участвовать при уверенности в успехе (противоречие между бдительностью к стимулам, которые угрожают престижу, – обнаружение «ошибки», и тенденцией к их избеганию). При СТР механизм «сдвига мотива на цель» заключается в том, что изначально адекватный мотив деятельности в социальных ситуациях становится целью, отодвигая ее смысловую основу на второй план. С течением расстройства уже не стремление к достижению успеха побуждает и придает смысл, а желание не испытывать тревогу и избегать оценивания. Социально значимые мотив и цель оказываются смещенными в отношении отдельных аспектов социального поведения. Проведенные исследования показали значимые взаимосвязи СТ и амплитуды уровня притязаний в моделируемых условиях чередования успеха / неуспеха при выполнении задания на решение «познавательных задач» [19]. Отмечается высокое «целевое от-

клонение» в ситуации неуспеха, связанное с резким понижением уровня притязаний, при этом реакция на успех – неоднозначная и связана не только с выраженностью СТ, но и с иными когнитивно-эмоциональными особенностями личности испытуемого.

Таким образом, взаимосвязь между целью и смыслом деятельности (мотивационная структура) при СТ / СТР претерпевает изменения. В структуре социального поведения наблюдаются сдвиги в системе целей и мотивов деятельности (технически-исполнительские компоненты социального поведения выступают как фокус внимания наряду с целевыми и нарушают целенаправленный характер деятельности, а ситуативная цель замещает первоначальный смысл). Например, часто значимый смысл приобретает мотив «не демонстрировать в поведении признаки волнения», поскольку в отношении тревоги формируется устойчивое метакогнитивное убеждение о тревоге как неприемлемой (признак некомпетентности, безумия), проявления которой вызывают у окружающих критическое отношение. Как итог длительного психического напряжения, дисрегуляции деятельности и снижения опосредствования тревоги в условиях оценивания наряду с мотивом достижения вторично формируется и постепенно закрепляется в опыте как стратегия совладания (с последствиями декомпенсации социальной активности) мотив избегания неудачи, постепенно становящийся либо основным, либо конфликтующим с социальным мотивом одобрения (дисгармоничная система мотивов). Избегание как ситуативный способ снизить тревогу быстро закрепляется в опыте, но не приносит облегчения в отдаленной перспективе (выступает отрицательной обратной связью – маркером несоответствия, неуспеха). Наблюдается патологический круг тревоги, когда в системе смыслов деятельности – напряженная борьба мотивов, а выбранные способы совладать с тревогой оказываются отрицательной обратной связью, укрепляющей тревожное реагирование, дисфункциональные убеждения о своих возможностях и соответствующие стратегии поведения.

При определении *нейропсихологического профиля* СТ / СТР анализу подвергаются особенности межполушарной асимметрии при разных типах социальной тревоги. Так, определена типология социальной тревоги, связанная с функциональной асимметрией головного мозга (особенности характерны как для субклинически выраженной СТ, так и для СТР). Показано, что при выраженном правополушарном индивидуальном профиле латерализации молодым испытуемым (в возрасте от 18 до 25 лет) с симптомами выраженной СТ / СТР значимо более характерен наглядно-образный характер восприятия самопредъявления на публике, а метакогнитивная стратегия самофокусировки внимания связана больше с самоанализом внешних (в том числе морфофизиологических) проявлений на публике (воспринимаемый «образ себя глазами других»), при этом страх осмеяния (гелотофобия) у них оказывается более выражен, чем при левополушарном профиле латерализации. Испытуемым с левосторонним индивидуальным профилем латерализации при выраженной СТ / СТР более характерны вы-

раженный мониторинг угрозы негативного оценивания другими, пост-ситуативные и до-ситуативные руминации (длительное обдумывание деталей самопредъявления на публике с анализом ошибок и попытками мысленной коррекции, продумыванием последствий исхода ситуаций, планированием дальнейших действий). При исследовании рисков поведения в условиях нарушения адаптации в связи с социальной тревогой и блокировкой социальной активности (фрустрация значимых социальных мотивов) при правополушарном профиле более характерно импульсивное антивита-льное поведение (самоповреждения, модификация тела), при левостороннем – постепенное накопление напряжения и последующий срыв деятельности (суицидальное и парасуицидальное поведение). Общей для обоих типов СТ / СТР (эти особенности обнаружены как при выраженной СТ, так и при симптомах СТР) является фокусировка на ошибке в широком смысле как несоответствии зачастую завышенным стандартам самопредъявления [18, 20].

При рассмотрении СТ / СТР в современных нейрокогнитивных исследованиях изучаются особенности мониторинга «несоответствия», фокусировки на ошибке (с помощью анализа электрической активности головного мозга исследуется феномен ERN ((error-related negativity) – связанная с ошибкой отрицательность или потенциал, связанный с обработкой ошибки) при СТ и социальном тревожном расстройстве – нейронный маркер тревоги). Современные исследования показывают, что ERN – устойчивый нейробиологический коррелят СТ и СТР [21–24], возможно, представляющий эндофенотипическую особенность СТР, стабильную к терапии симптомов (как психологической, так и фармакологической), выступающую центральным синдромообразующим нейробиологическим механизмом СТР. ERN – это резкий отрицательный пик волновой активности в лобно-центральной области головного мозга, который представляет результат ошибки в работе. Его активность направлена на коррекцию поведения для повышения эффективности деятельности. Ученые предлагают рассматривать ERN как маркер повышенной чувствительности к внутренним источникам угрозы (страх совершить ошибку) и интерпретации ошибок как катастрофических [21]. ERN локализуется в дорзальной лобно-центральной части головного мозга или задней поясной извилине коры. Данные фМРТ испытуемых от 8 до 27 лет продемонстрировали, что активность ERN в дорзальной лобно-центральной части увеличивалась с возрастом. ERN чувствителен к мотивационной значимости ошибки, поэтому его уровень можно модулировать с помощью варьирования последствий ошибки (ошибка приводила к наказанию, оцениванию, серьезным последствиям). ERN выступает показателем чувствительности к негативным последствиям результатов собственного поведения; есть свидетельство повышенного ERN у взрослых с СТР или повышенными симптомами социальной тревоги [21, 22]. Более высокий показатель ERN свидетельствует о повышенном контроле своего поведения и большей чувствительности к совершаемым ошибкам, в том числе предполагаемым «ошибкам» несоответ-

ствия в широком смысле [18, 23]. Самофокусировка внимания рассматривается как поведенческий маркер склонности к фиксации на возможном совершении ошибки и особый тип искажения внимания [24].

### **Обсуждение результатов и выводы**

Таким образом, синдромно-факторный метод исследования, разработанный в рамках культурно-деятельностного подхода, является эффективным для исследований в сфере медицинской психологии. Он позволяет выходить за пределы «линейной» логики «очевидных» симптомов, переходя к логике системно-динамического анализа психической деятельности активного субъекта. Метод позволяет вскрывать динамику синдроменеза, выявлять механизмы системных перестроек психики. Данный метод использован в серии фундаментальных исследований патопсихологических нарушений при расстройствах психической деятельности у пациентов с разными формами нарушений психического здоровья. Для каждого нарушения выявлены психологические синдромообразующие факторы, отражающие специфику нозологической принадлежности.

Наряду с методологической общностью представленных исследований, с опорой на идентичные методологические положения обнаруживаются противоречия в определении центральных нарушений психики. Вопрос о единой систематике патопсихологических синдромов неоднократно поднимался ведущими клиническими психологами (Николаева, 2003; Николаева, Арина, 2013), однако он до сих пор остается открытым. Б.В. Зейгарник (1976), а также ее ученики обозначили базовые компоненты структуры и динамики синдрома в патопсихологии.

В рамках данного подхода авторами проанализированы феномены социальной тревоги, социального тревожного расстройства, антивитального и суицидального поведения личности. Показаны ведущие механизмы нарушений при данных расстройствах, первичные и вторичные симптомы нарушений психической деятельности.

Применение синдромно-факторного метода к исследованию СТ / СТР позволило выявить ведущие первичные и производные нарушения расстройства, в том числе психологические признаки перехода тревоги в СТР, а также проанализировать нейropsychологический профиль социальной тревоги. Пристрастность внимания в отношении к потенциальной «угрозе» в виде возможности совершить ошибку, самой ошибки является ключевой особенностью при СТР, обуславливающей вторично руминационный цикл специфической пост-ситуативной обработки информации (избыточная фокусировка на ошибке / несоответствии). Основные нейropsychологические маркеры СТР остаются неизменными даже после ремиссии симптомов (фокусировка на ошибке, руминации), что также указывает на первичность данного нарушения в структуре синдрома СТ / СТР, следовательно, их выявление полезно для целенаправленной медико-психологической помощи.

Применение осмысленного в современной реальности синдромно-факторного метода анализа психической деятельности как самоорганизующейся, саморазвивающейся, открытой системы является перспективным направлением в изучении психопатологических явлений.

### *Литература*

1. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход // Вопросы психологии. 2016. № 3. С. 41–57.
2. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 1. С. 119–126.
3. Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С. Культурно-деятельностная парадигма в клинической психологии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика : электронный научный журнал. 2014. № 4 (6). URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 15.10.2015).
4. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте : к 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии / сост. Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе. М. : Фак-т психол. Моск. гос. ун-та, 2012. С. 37–69.
5. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии // Национальный психологический журнал. 2012. № 2 (8). С. 32–45.
6. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии) // Вопросы психологии. 2014. № 1. С. 14–27.
7. Микадзе Ю.В., Скворцов А.А. Содержание понятий «нейропсихологический фактор» и «синдром» в контексте метода синдромного анализа А.Р. Лурии // Вопросы психологии. 2014. № 4. С. 60–71.
8. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М. : Изд-во Моск. гос. ун-та, 1976. 240 с.
9. Зейгарник Б.В. Перспективы патопсихологических исследований в свете учения Л.С. Выготского // Научное творчество Л.С. Выготского и современная психология. М., 1981. С. 63–64.
10. Критская В.П., Т.К. Мелешко, Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М. : Изд-во Моск. гос. ун-та, 1991. 256 с.
11. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М. : Изд-во Моск. гос. ун-та, 1978. 88 с.
12. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М. : Смысл, 2002. 287 с.
13. Братусь Б.С., Павленко В.Н. Соотношение структуры самооценки и целевой регуляции деятельности в норме и при аномальном развитии // Вопросы психологии. 1986. № 4. С. 146–155.
14. Леонтьев Д.А. Развитие личности в норме и в затрудненных условиях // Культурно-историческая психология. 2014. Т. 10, № 3. С. 97–106.
15. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Развитие идей А.Р. Лурии в концепции психологии ди-зонтотгенеза // Культурно-историческая психология. 2012. № 2. С. 45–51.
16. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М. : Просвещение, 1991. 53 с.
17. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Основные теоретические подходы к исследованию нарушений социального познания при шизофрении: современный статус и перспек-

- тивы развития // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 4. С. 30–43.
18. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Патопсихология социальной тревоги и социального тревожного расстройства. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2016. 140 с.
19. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. № 117 (4). С. 15–22. DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22.
20. Сагалакова О.А., Подолкина Е.А., Труевцев Д.В. Самофокусировка внимания и постситуативные руминации при социальном тревожном расстройстве // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. 2018. № 2. С. 65–75. URL: <http://journal.asu.ru/index.php/vfp/article/view/4229>
21. Harrewijn A., Schmidt L.A., Westenberg P.M., Tang A., van der Molen M.J.W. Electro-cortical measures of information processing biases in social anxiety disorder : a review // Biological Psychology. 2017. Vol. 129. P. 324–348. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.09.013>
22. Kujawa A., Weinberg A., Bunford N., Fitzgerald K.D., Hanna G.L., Monk C.S., Kennedy A.E., Klumpp H., Hajcak G., Phan K.L. Error-related brain activity in youth and young adults before and after treatment for generalized or social anxiety disorder // Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2016. Vol. 71. P. 162–168. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2016.07.010.
23. Judah M.R., Grant DeM.M., Frosio K.E., White E.J., Taylor D.L., Mills A.C. Electro-cortical Evidence of Enhanced Performance Monitoring in Social Anxiety // Behavior Therapy. 2016. Vol. 47. P. 274–285. DOI: 10.1016/j.beth.2015.12.002.
24. Vriends N., Meral Y., Bargas-Avila J.A., Stadler C., Bogels S.M. How do I look? Self-focused attention during a video chat of women with social anxiety (disorder) // Behaviour Research and Therapy. 2017. Vol. 92. P. 77–86. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2017.02.008>

Поступила в редакцию 27.08.2018 г.; повторно 15.10.2018 г.;  
принята 14.11.2018 г.

**Сведения об авторах:**

**САГАЛАКОВА Ольга Анатольевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Алтайского государственного университета (Барнаул, Россия). E-mail: [olgasagalakova@mail.ru](mailto:olgasagalakova@mail.ru)

**ТРУЕВЦЕВ Дмитрий Владимирович**, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии Алтайского государственного университета (Барнаул, Россия). E-mail: [truevtsev@gmail.com](mailto:truevtsev@gmail.com)

**СТОЯНОВА Ирина Яковлевна**, доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского института психического здоровья ТНИМЦ; профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета (Томск, Россия). E-mail: [ithka1948@mail.ru](mailto:ithka1948@mail.ru)

**SYNDROME-FACTOR METHOD IN HISTORICAL AND MODERN CONTEXT: POSSIBILITIES OF STUDYING SOCIAL ANXIETY DISORDER**

*Sibirskiy Psikhologicheskii Zhurnal – Siberian journal of psychology*, 2018, 70, 75–91  
DOI: 10.17223/17267080/70/6

**Olga A. Sagalakova, Dmitry V. Truevtsev**, Altai State University (Barnaul, Russian Federation). E-mail: [olgasagalakova@mail.ru](mailto:olgasagalakova@mail.ru); [truevtsev@gmail.com](mailto:truevtsev@gmail.com)

**Irina Ya. Stoyanova**, Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center (Tomsk, Russian Federation); Tomsk State University (Tomsk, Russian Federation). E-mail: [ithka1948@mail.ru](mailto:ithka1948@mail.ru)

**Keywords:** post-nonclassical science; cultural-activity approach; syndrome factor method; complex systems; pathopsychology; neuropsychology; psychology of corporeality; mental activity.

The aims of this article are: to analyze the methodological and empirical significance of this approach and the syndrome-factor method developed on its basis in the study of the patterns of syndromogenesis of disorders of mental activity and personality; to summarize the experience of using the method; to analyze the current trends in the development of this method in Russian clinical psychology; to provide a summary of the application of the method in the study of social anxiety / social anxiety disorder (hereinafter SA / SAD).

The formation of this approach at the beginning of the 20th century is associated with the contradictions which are accumulated in science related to the disappointment of the classical and nonclassical idea about the human psyche, which could not be ignored. Currently the post-non-classical level of the scientific knowledge in clinical psychology is characterized by trends in reviewing the value of the cultural-activity approach. The syndrome factor method of the analysis in Russian clinical psychology allows us to consider the mental activity as an open, self-organizing and self-developing system, and to investigate system-dynamic components of the psyche. Based on the logic of syndrome analysis, it becomes possible to predict probabilistic trajectories of the development of the system, to create programs for the mental recovery. The most important consequence of applying the methodology of the post-non-classical model of scientific knowledge is the possibility of diagnosing not the symptoms, but the dynamics of the formation of the symptom complex and the basic laws of its development in unity with the solution of the theoretical and practical tasks of clinical psychology. According to the logic of the cultural-activity approach, which treats the psyche as a dynamic system, the syndrome-factor analysis method allows to define the leading and secondary / tertiary disorders, the conditions for occurring the leading (stable) factor.

The generalization of the achievements and principles of the syndrome approach in medical psychology has made it possible to develop and experimentally confirm the pathopsychological model of social anxiety (SA) and social anxiety disorder (SAD). The leading disorders in this nosology are manifested in the distortion of the arbitrary regulation of mental activity in the context of 'the perceived threat'. It is connected with the disorders in the organizational and target structure of the activity in the situations of evaluations (loss of target priority / multitasking, monitoring 'mistakes', negative evaluations by others); it also includes secondary motivational changes of the personality and distortions of attention. In the study of SAD in modern neurocognitive studies the peculiarities of monitoring 'inconsistencies' are studied, focusing on error (by analyzing the electrical activity of the brain ERN phenomenon (error-related negativity) is studied -- the negativity associated with an error or the potential associated with the processing of an error). In case of SAD a neural marker of anxiety is studied. Modern studies show that ERN is a stable neuropsychological correlate of SAD, and possibly representing endophenotypical features of SAD, resistant to therapy of symptoms, and acting as the central syndrome forming neuropsychological mechanism of SAD. ERN is a sharp negative peak of the wave activity in the frontal and central parts of the brain, and represents the result of an error in the activity. Its activity is aimed at the correction of behavior to improve the efficiency of activities. ERN acts as an indicator of sensitivity to the negative effects of the results of one's own behavior. A higher rate of ERN indicates the increased control over one's own behavior and greater sensitivity to the errors committed.

### *References*

1. Zinchenko, Yu.P. & Pervichko, E.I. (2016) Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie regulatsii emotsiy: kul'turno-deyatelnostnyy podkhod [Clinical and psychological study of the regulation of emotions: the cultural activity approach]. *Voprosy psikhologii*. 3. pp. 41–57.

2. Nikolaeva, V.V. & Arina, G.A. (2003) Kliniko-psikhologicheskiye problemy psikhologii telesnosti [Clinical and psychological problems of the psychology of physicality]. *Psikhologicheskiy zhurnal*. 24(1). pp. 119–126.
3. Nikolaeva, V.V., Arina, G.A. & Pechnikova, L.S. (2014) Kul'turno-deyatelnostnaya paradigma v klinicheskoy psikhologii [Cultural activity paradigm in clinical psychology]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika*. 4(6). [Online] Available from: <http://medpsy.ru/climp>. (Accessed: 15th October 2015).
4. Zinchenko, Yu.P. & Pervichko, E.I. (2012) Metodologiya sindromnogo analiza L.S. Vygotskogo – A.R. Lurii i postneklassicheskaya ratsional'nost' [Methodology of syndromic analysis by L.S. Vygotsky – A.P. Luria and post-non-classical rationality]. In: Korsakova, N.K. & Mikadze, Yu.V. (eds) *Nasledie A.R. Lurii v sovremennom nauchnom i kul'turno-istoricheskom kontekste* [A.R. Luria's Heritage in a modern scientific and cultural-historical context]. Moscow: Moscow State University. pp. 37–69.
5. Zinchenko, Yu.P. & Pervichko, E.I. (2012) Postnonclassical methodology in clinical psychology: Vygotsky–Luria school. *Natsional'nyy psikhologicheskiy zhurnal – National Psychological Journal*. 2(8). pp. 32–45. (In Russian).
6. Zinchenko, Yu.P. & Pervichko, E.I. (2014) Evristicheskaya tsennost' postneklassicheskikh modeley v psikhosomatike (na primere sindromnogo podkhoda L.S. Vygotskogo – A.R. Lurii) [The heuristic value of post-non-classical models in psychosomatics (a case study of the L.S. Vygotsky – A.R. Luria syndrome approach)]. *Voprosy psikhologii*. 1. pp. 14–27.
7. Mikadze, Yu.V. & Skvortsov, A.A. (2014) Soderzhanie ponyatiy “neyropsikhologicheskiy faktor” i “sindrom” v kontekste metoda sindromnogo analiza A.R. Lurii [The content of the concepts of “neuropsychological factor” and “syndrome” in the context of the method of syndromic analysis A.R. Luria]. *Voprosy psikhologii*. 4. pp. 60–71.
8. Zeygarnik, B.V. (1976) *Patopsikhologiya* [Pathopsychology]. Moscow: Moscow State University.
9. Zeygarnik, B.V. (1981) Perspektivy patopsikhologicheskikh issledovaniy v svete ucheniya L.S. Vygotskogo [Prospects for pathopsychological research in the light of L.S. Vygotsky's teachings]. In: Davydov, V.V. et al. (ed.) *Nauchnoye tvorchestvo L.S. Vygotskogo i sovremennaya psikhologiya* [Scientific Works by L.S. Vygotsky and Modern Psychology]. Moscow: [s.n.]. pp. 63–64.
10. Kritskaya, V.P., Meleshko, T.K. & Polyakov, Yu.F. (1991) *Patologiya psikhicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie* [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow: Moscow State University.
11. Kochenov, M.M. & Nikolaeva, V.V. (1978) *Motivatsiya pri shizofrenii* [Motivation in schizophrenia]. Moscow: Moscow State University.
12. Tkhostov, A.Sh. (2002) *Psikhologiya telesnosti* [Psychology of Physicality]. Moscow: Smysl.
13. Bratus, B.S. & Pavlenko, V.N. (1986) Sootnoshenie struktury samoootsenki i tselevoy regulyatsii deyatel'nosti v norme i pri anomal'nom razvitiy [The ratio of the structure of self-esteem and the target regulation of activity in normal and abnormal development]. *Voprosy psikhologii*. 4. pp. 146–155.
14. Leontiev, D.A. (2014) Razvitie lichnosti v norme i v zatrudnennykh usloviyakh [Personality development in normal and difficult conditions]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya – Cultural-Historical Psychology*. 10(3). pp. 97–106.
15. Zvereva, N.V. & Roshchina, I.F. (2012) Razvitie idey A.R. Lurii v kontseptsii psikhologii dizontogeneza [The development of A.R. Luria's ideas in the concept of psychology of dipontogenesis]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya – Cultural-Historical Psychology*. 2. pp. 45–51.



16. Lebedinskaya, K.S. & Nikolskaya, O.S. (1991) *Diagnostika rannego detskogo autizma* [Diagnosis of early childhood autism]. Moscow: Prosveshchenie.
17. Rychkova, O.V. & Kholmogorova, A.B. (2014) The main theoretical approaches to the study of disorders of social cognition in schizophrenia: current status and prospects of development. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya – Counseling Psychology and Psychotherapy*. 22(4). pp. 30–43. (In Russian).
18. Sagalakova, O.A. & Truevtsev, D.V. (2016) *Patopsikhologiya sotsial'noy trevogi i sotsial'nogo trevozhnogo rasstroystva* [Pathopsychology of social anxiety and social anxiety disorder]. Tomsk: Tomsk State University.
19. Sagalakova, O.A., Truevtsev, D.V. & Stoyanova, I.Ya. (2017) A psychological content of social phobia syndrome. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 117 (4). pp. 15–22. (In Russian). DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22
20. Sagalakova, O.A., Podolkina, E.A. & Truevtsev, D.V. (2018) Samofokusirovka vnimaniya i postsituativnye ruminatsii pri sotsial'nom trevozhnom rasstroystve [Self-focusing attention and post-situational ruminations in case of social anxiety disorder]. *Vestnik psikhologii i pedagogiki Altayskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2. pp. 65–75. [Online] Available form: <http://journal.asu.ru/index.php/vfp/article/view/4229>.
21. Harrewijn, A., Schmidt, L.A., Westenberg, P.M., Tang, A. & van der Molen, M.J.W. (2017) Electrocortical measures of information processing biases in social anxiety disorder : a review. *Biological Psychology*. 129. pp. 324–348. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2017.09.013
22. Kujawa, A., Weinberg, A., Bunford, N., Fitzgerald, K.D., Hanna, G.L., Monk, C.S., Kennedy, A.E., Klumpp, H., Hajcak, G. & Phan, K.L. (2016) Error-related brain activity in youth and young adults before and after treatment for generalized or social anxiety disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 71. pp. 162–168. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2016.07.010
23. Judah, M.R., Grant De, M.M., Frosio, K.E., White, E.J., Taylor, D.L. & Mills, A.C. (2016) Electrocortical Evidence of Enhanced Performance Monitoring in Social Anxiety. *Behavior Therapy*. 47. pp. 274–285. DOI: 10.1016/j.beth.2015.12.002
24. Vriends, N., Meral, Y., Bargas-Avila, J.A., Stadler, C. & Bogels, S.M. (2017) How do I look? Self-focused attention during a video chat of women with social anxiety (disorder). *Behaviour Research and Therapy*. 92. pp. 77–86. DOI: 10.1016/j.brat.

*Received 27.08.2018;*

*Revised 15.10.2018;*

*Accepted 14.11.2018*