

24 – 25 / май / 2018

**IV Конференция
для специалистов
сферы охраны
психического здоровья**

Волгоград,
«Сити Холл», отель Южный



ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ,
РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
«ПСИХИАТРИЯ НА ЭТАПЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ»**

Волгоград, 24-25 мая 2018 г.



Волгоград 2018

УДК 61. 06

Под общей редакцией д.м.н., профессора
М. Е. Стаценко

Редакционная коллегия:
*Ю. Ю. Осадиный, Н.Н. Петрова, И.А. Федотов,
М.Е. Волчанский, В. Л. Загребин*

IV Межрегиональная научно-практическая конференция для специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья «Психиатрия на этапе объединения», Волгоград, 24-25 мая 2018 г.: Тезисы докладов. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2018. – 156 с.

ISBN 978-5-9652-0533-2

Сборник содержит материалы докладов практических врачей, молодых ученых, студентов на IV Межрегиональной научно-практической конференции для специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья «Психиатрия на этапе объединения».

УДК 61. 06

ISBN 978-5-9652-0533-2

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2018
© Издательство ВолгГМУ, 2018

УДК 616.89-053.2

Ж. В. Альбицкая, И. А. Панышева
**ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА
У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ**

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Нижний Новгород

Актуальность. Проблема раннего детского аутизма (РДА) в последние годы приобрела масштабный характер как во всем мире, так и в России [1,2]. За последние 10 лет рост заболеваемости расстройствами аутистического спектра (РАС) в мире составляет 1300%. Причины такого катастрофического роста до настоящего времени не ясны [3]. Решение проблемы РАС невозможно без междисциплинарного взаимодействия. Важнейшей основой профилактики глубоких нарушений социального функционирования и предотвращения ранней инвалидизации у детей с РАС является ранняя диагностика (до 3х лет), которая невозможна без междисциплинарного подхода при выявлении психических расстройств у детей [4,5,6].

Целью исследования являлось изучение роли преморбидного фона в возникновении раннего детского аутизма.

Материал и методы исследования. В клиническом исследовании приняли участие 237 детей: 179 мальчиков и 58 девочек в возрасте от 2 до 7 лет с РДА. Верификация диагноза опиралась на критерии МКБ – 10 (рубрика F 84.0-ранний детский аутизм, синдром Каннера). Критериями исключения являлись: 1) синдром Аспергера; 2) генетически обусловленная и хромосомная патология с аутистическими чертами. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический.

Результаты и обсуждения. Среди основных факторов риска дебюта РДА (отягщенная наследственность по психической патологии, личностные особенности родителей, возраст родителей, особенности нервно-психического развития) характер преморбидного фона был статистически значимым предиктором ($p < 0,001$). Так, у 161 (67,9%) ребенка преобладало развитие по типу шизотипического диатеза: при нормальном психомоторном развитии имели особенности в развитии эмоциональной сферы: «безучастное» поведение, отсутствие реакции на дискомфорт и интереса к игрушкам, пассивность, отрешенность, отсутствие взгляда «глаза в глаза», избегание тактильного контакта при кормлении, не способность дифференцировать близких, бедная мимика, редкая улыбка и смех. У 76 (32,1%) детей выявлялся преморбид по типу задержки и особенностей моторного развития. Дети поздно начинали держать голову, овладевали самостоятельной ходьбой после 15 месяцев, у части детей отмечалась перестановка или выпадение в развитии навыков (не ползали, самостоятельно сидели после навыка стояния у опоры).

В то же время у всех 237 (100%) детей на предречевом этапе отмечались: задержка в развитии лепета, гуления, монотонность интонаций и регресс в развитии речевых навыков после 1 года.

Выводы. Таким образом, у детей с ранним детским аутизмом в преморбиде выявляются такие виды нарушения психического развития, как шизотипический диатез

(в большинстве наблюдений) и задержка и асинхрония моторного развития. Полученные данные могут быть использованы в работе специалистов первичного звена (педиатров, неврологов) с целью выявления предикторов возникновения аутизма и своевременного начала комплексных коррекционных мероприятий.

Литература.

1. Филиппова, Н.В, Барыльник, Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Журнал Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. Т.24, № 3. С. 96-101.
2. Аутизм в России и в мире [Электронный ресурс] // РИА Новости. URL: <http://ria.ru/spravka/20120402/615322608.html>
3. Filipek P.A., Accardo P.J., Ashwal S. et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. Neurology. 2014. Vol. 55. P. 468-479.
4. Honda H. Early intervention system for preschool children with autism in the community. Autism. 2014. Vol. 6. № 3. P. 239-257.
5. Myers S.M., Johnson C.P. Management of children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2012. Vol. 120. № 5. P. 1162-1182.

УДК 616.89

А. П. Антоненко, Е. А. Гришина, К. А. Рыжикова,
Л. Д. Савченко, Е. А. Брюн, Д. А. Сычев

СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ABCB1 3435C>T С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ ФЕНАЗЕПАМА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», кафедра наркологии.

Научный руководитель: к.м.н. ассистент кафедры наркологии РМАНПО,
врач психиатр-нарколог МНПЦ наркологии ДЗМ. - М.С. Застрожин

Введение. Бензодиазепиновые транквилизаторы (БДТ) применяются для лечения больных с тревожными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью.

БДТ обладают седативным, анксиолитическим и противосудорожным эффектами. Эти эффекты обусловлены взаимодействием препаратов с ГАМК-рецепторами. Чтобы избежать перекрестной толерантности с алкоголем, при которой обычные дозы препаратов не эффективны, рекомендовано назначать БДТ в дозах, превышающих средние терапевтические. В связи с этим при приеме БДТ могут возникать нежелательные лекарственные реакции со стороны различных органов и систем организма [1,2].

Гликопротеин Р – представляет собой АТФ-фазный насос, локализованный на цитоплазматических мембранах различных клеток и осуществляющий выброс во внеклеточное пространство различных ксенобиотиков, в том числе и более 80% лекарственных средств (ЛС) [3]. Гликопротеин-Р кодируется геном ABCB1, который обладает высокой степенью полиморфизма, что выражается в разной степени

активности гликопротеина-Р, а как следствие, в изменении скорости выведения ЛС-субстратов из организма [4]. Это в свою очередь, может оказывать влияние на индивидуальный ответ пациента на ЛС, меняя показатели профиля эффективности и безопасности.

Цель. Целью данной работы является оценка взаимосвязи полиморфизма гена ABCB1 с профилем эффективности и безопасности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (Феназепама), у пациентов с тревожными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 58 пациентов, страдающих тревожными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом, находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ».

Для оценки эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (Феназепама) применяли международные психометрические шкалы: 1. Визуально-аналоговая шкала оценки влечения к алкоголю (ВАШ). 2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). 3. Шкала тревоги Гамильтона (HamiltonAnxietyRatingScale (HARS)). 4. Шкала самооценки тревоги Цунга (TheZungSelf-ratingAnxietyScale (ZARS)). Профиль безопасности исследовали с помощью шкал оценки побочного действия (UKUSide-EffectRatingScale (UKU)).

Исследование пациентов проводилось за день до начала терапии, включавшей бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (Феназепам), и через 5 дней терапии.

Проведение генотипирования по выбранному полиморфизму ABCB1 3435C>T, производили с использованием полимеразной цепной реакции в режиме реального времени с аллельспецифической гибридизацией (Real-TimePCR). Для определения различий между группами количественных данных пациентов без полиморфизма 3435C>T гена ABCB1 и с его наличием использовали Н-тест Крускалла-Уоллиса.

Результаты и обсуждение. По шкале VAS в 1-ый день лечения баллы получены следующие: 44,0±9,9 (CC), 44,8±11,0 (CT), 50,2±9,6 (TT), p=0,19. На 5-ый день лечения: 6,07±2,7 (CC), 6,7±2,3 (CT), 6,0±2,8 (TT), p=0,56. По шкале HADS в 1-ый день лечения были получены баллы: 25,5±4,4 (CC), 27,3±3,4 (CT), 27,58±3,6 (TT), p=0,22. На 5-ый день лечения: 3,6±2,2 (CC), 4,9±1,3 (CT), 4,0±1,39 (TT), p=0,11. По шкале UKU в 1-ый день лечения получены следующие баллы: 1,28±0,46 (CC), 1,3±0,48 (CT), 1,17±0,39 (TT), p=0,53. На 5-ый день лечения: 8,7±0,6 (CC), 8,5±0,5 (CT), 8,5±0,5 (TT), p=0,59.

Выводы. По результатам исследования не было получено статистически значимой разницы в показателях безопасности и эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (Феназепама) у пациентов с тревожными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом. Исходя из этого можно говорить об отсутствии влияния полиморфизма гена ABCB1 на профиль эффективности и безопасности применения Феназепама. В тоже время необходимо отметить, что, вероятно, отсутствие статистически значимой разницы в показателях не выявлено, ввиду недостаточного объема выборки. Необходимо продолжение исследования для решения данного вопроса.

Литература.

1. "Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома отмены" 2004г. - С.241.

2. Иванец Н.Н. Наркология: национальное руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа. - 2008. – С.123.
3. Ayrtton A, Morgan P. Role of transport proteins in drug absorption, distribution and excretion. Xenobiotica 2001; 31: 469-497.
4. Marzolini, Paus Buclin, Kim, Polymorphisms in human MDR1 (P-glycoprotein): Recent advances and clinical relevance. Clin Pharmacol Ther 2004;75:1.

УДК 616.89

Е. В. Бабура

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУММАНИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ, СТРАТЕГИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Психиатрическая больница №1 г. Макеевки Донецкая Народная Республика

Ключевые слова: личностно – ориентированный подход, экзистенциальные представления, стигматизация психически больных, нарушение самоидентичности, концепция выздоровления.

Отношение общества к людям с ярлыком психического заболевания почти постоянно и практически повсеместно негативное. Обращение с психически больными определяется стереотипными представлениями.

К наиболее типичным индивидуальным и социальным стереотипам психических расстройств, являющихся предпосылками и атрибутивными элементами формирования предубежденности, стигмы и дискриминации, относятся следующие суждения [2]:

- люди с психическими расстройствами некомпетентны, непредсказуемы, представляют опасность для окружающих;
- таким людям нельзя доверять, они ненадежные, их надо исключить из общественной жизни;
- психически больные люди никчемные и беспомощные, зависимы от окружающих;
- они вызывают неприязнь, отвращение, стремление дистанцироваться от них.

Понятие «психическая болезнь» для широкой общественности является, прежде всего, личностной характеристикой, отражающей соответствие социального и психологического функционирования человека стереотипам, которые сложились и санкционированы в данном обществе.

Стигматизированный пациент с заниженной самооценкой не способен к полноценному сотрудничеству, партнерским межличностным взаимоотношениям, реализации личностных полномочий и активному решению собственных проблем [2,4].

Крайней степенью стигматизации является отвержение, пренебрежение нуждами пациента со стороны медицинских и социальных служб, что получает аналогичный «отклик» в семье и приводит в итоге к маргинализации психически больного человека.

Госпитализация, особенно длительная, в психиатрический стационар сама по себе способствует стигматизации и формированию у пациентов дезадаптивных форм приспособительного поведения [3].

Личностные дисфункции и страдания (экзистенциальный стресс) как субъективные проявления болезни – это негативные переживания пациентом своей жизни с психической болезнью (психотического опыта) и многочисленных стигматизирующих и дискриминационных жизненных обстоятельств (в том числе связанных с традиционными формами психиатрического вмешательства)[2].

Основные причины страданий больных с психическими расстройствами сводятся к следующему:

1. Стигматизация извне.
2. Самостигматизация – причинение себе страданий.
3. Дискриминация.
4. Многочисленные негативные аспекты (объективные и субъективные) жизни с болезнью, включая социальные утраты.
5. Невозможность реализации широкого спектра жизненно важных потребностей.
6. Вынужденный отказ от многих позитивных приоритетных до болезни ценностей.

Негативные эффекты стигматизации - наиболее существенной проблемы психиатрии, характеризуются следующими ценностными элементами:

- 1) Снижение самооценки.
- 2) Идентификация себя с психически больным, «человеком второго сорта».
- 3) Потеря понимания своей уникальности, идентичности, значимости.
- 4) Потеря чувства собственного достоинства.
- 5) Чувство безысходности, стыда, вины.
- 6) Недоверие окружающим.
- 7) Боязнь дискриминации, насмешек, утраты положения в обществе, потери работы, друзей, семьи, социального отторжения.

В настоящее время в сфере психиатрии все национальные и международные усилия здравоохранения сосредоточены на личности пациента во всей ее полноте. Интерес к целостной личности пациента обусловлен растущим значением интеграции психического здоровья в общее здоровье и практику общественного здравоохранения, а также является ответом на множество недостатков биологически ориентированной психиатрии, включая пренебрежение к нуждам реальных людей. Психиатрия, ориентированная на личностный подход к пациенту, реализуемый на каждом этапе оказания помощи, инновационным образом меняет основной фокус направленности психиатрической службы, глобально повышая качество предоставления медицинских услуг [7].

На современном этапе развития психиатрии специалисты должны видеть не просто психическое заболевание с его отдельными симптомами, а целостную личность пациента, с его реальными потребностями, нуждами, его мировоззрением в связи с наличием болезни, его субъективным самоощущением и деятельностью в социуме. Исходной точкой для принятия решения должны быть индивидуальные ценности пациентов.

Особое значение имеет:

1) восстановление нарушенной болезнью самоидентичности пациента, формирование у него личностной направленности, включающей обозначение целей и путей их достижения, коррекцию ценностей, создание мотивации к деятельности;

2) возможность полного личностного восстановления больных тяжелыми психотическими расстройствами при возможном сохранении резидуальных симптомов, позволяющих обучение, независимую жизнь и развитие тесных социальных связей.

Личностно-ориентированная помощь больным психическими расстройствами опирается в основном на реальные потребности пациентов, и работа любого звена данной помощи нацелена на удовлетворение этих потребностей. Основной мишенью при оказании психиатрической помощи является целостная личность с личными проблемами и переживаниями. Рассматриваются не только болезненные, но и позитивные проявления, а также биологическая, психологическая, социальная, культурная и духовная структура личности [1].

Личностно-ориентированная психиатрия существенно дополняет традиционную медицинскую модель психиатрической помощи, дает представление о процессе функционального восстановления больных и указывает новые направления в деятельности психиатрической службы:

1) пациент-центрированный и ценностно-ориентированный подходы с направленностью помощи на восстановление целостности личности больного, с опорой на его потребности и ценностную систему ориентаций, с оказанием помощи в продвижении за пределы системы психиатрической помощи, где пациенты могут получить значимые, социально ценные роли и самореализоваться;

2) сотрудничество с пациентом при осуществлении психиатрической помощи, партнерские отношения «врач-пациент»;

3) предоставление пациенту возможности выбирать свои цели, способы их достижения и специалистов лечебных учреждений;

4) доступность получения психиатрической помощи (быстрый доступ в медицинские учреждения, доступная связь со специалистами);

5) обязательная реабилитационная работа с коррекцией личностной направленности больных (цели, ценности, установки, мировоззрение, оптимизм, надежда на будущее) и экзистенциальных (смысла опыта психоза и смысла жизни в целом, свободы выбора, принятия решений, ответственности и т.д.);

6) формирование активной позиции пациента, передача ему полномочий по самоуправлению своей болезнью, взятию на себя ответственности за свою жизнь;

7) фокусировка на сообщество (подготовка пациента к жизни в обществе, присоединение поддержки близких).

Восстановление целостности «Я» больного через воздействие на личностный и духовный ресурсы человека, является стратегической целью личностно-ориентированного подхода к оказанию психиатрической помощи.

В рамках личностно-ориентировочного подхода к оказанию психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, выделяют экзистенциально-личностную модель [1].

Экзистенция – это существование в соответствии с собственной уникальностью (идентичностью, аутентичностью) и в соответствии с реалиями окружающего мира – природного, вещественного, социального. Если человек не может исполнить свою экзистенцию, не реализует свою сущность, он испытывает страдания, и его развитие идёт по пути психопатологии. Этот процесс получил название «бытия-в-мире» (Мартин Хайдеггер – немецкий философ, создал учение о Бытии), «трансцендирования» (Эдмунд Гуссерль – немецкий философ, основатель феноменологии) или «миро-проекта» (Людвиг Бинсвангер – швейцарский психиатр, основоположник экзистенциальной психологии) [1,6].

Основная цель экзистенциальной психотерапии - помощь пациентам в нахождении цели и смысла своего существования, достижении наиболее полной актуализации своих жизненных ценностей, сознательному принятию и проживанию человеком ответственности за реализацию своего смысла.

Задачи:

1. Выявление потенциала пациента.

2. Обнаружение и донесение до его сознания латентных ценностей или новых ценностей, ставших значимыми в его жизни вследствие перенесенного психоза.

3. Открытие человеку имеющейся у него свободы выбора различных возможностей с учетом имеющихся ограничений реальности.

4. Восстановление жизненных отношений, связей с миром – актуальных и потенциальных.

Экзистенциально-личностная реабилитация направлена на личностное выздоровление пациентов, повышение уровня их функционирования в различных сферах и качества их жизни при сохранении биологической уязвимости или возможных остаточных симптомов болезни. Это способствует формированию целенаправленной деятельности, осмысленному и ответственному принятию полномочий, касающихся самостоятельного контроля лечения заболевания и своей жизни. Если говорить о выздоровлении, то оно может быть:

1. На *симптоматическом* уровне, когда у человека отсутствуют болезненные симптомы (клиническая ремиссия). Этот уровень выздоровления достигается путем использования терапевтических, а затем поддерживающих доз медикаментов;

2. На *личностно-психологическом* уровне, когда человек перестает испытывать душевные страдания, дистресс и наращивает свой психологический ресурс в виде адаптивных механизмов психологической защиты, копинг-стратегий, сильных личностных качеств, устойчивости к стрессу и самоидентичности;

3. На *психосоциальном* уровне, когда человек способен полноценно функционировать в обществе, строить свою социальную жизнь в различных сферах, взаимодействовать с другими людьми и устанавливать с ними доверительные отношения, ограничивая свое «Я», свою здоровую личность от болезненных симптомов;

4. На более высоком уровне, *экзистенциально-личностном* уровне, когда человек живет осмысленной продуктивной жизнью, способен оценивать пространство своих возможностей (в условиях ограничений), делать свободный, аутентичный выбор наиболее значимой в данный момент возможности и приступать к ее реализации,

осознавая свою ответственность за конечный результат принятого решения. Данный уровень выздоровления опирается на ценностно-смысловую систему, в соответствии с которой человек ставит перед собой цели, достигая которых, он удовлетворяет наиболее значимые свои потребности. Такой уровень выздоровления доступен для всех пациентов с психическими расстройствами, особенно на ранних стадиях болезни, т.к. он может быть реализован даже при наличии резидуальных симптомов болезни.

Обретение надежды на возможность выздоровления избавляет от самостигматизации, дистресса и душевного страдания, привнесенным психозом, результатом чего является формирование оптимизма и мощной внутренней мотивации к выздоровлению. Таким образом, выздоровление пациентов на личностно-субъективном уровне связано с изменением их ценностей, чувств, целей, смыслов, навыков и социальных ролей, безотносительно от фактического состояния здоровья.

Модель экзистенциально-личностной реабилитации пациентов с психическими расстройствами прямо или косвенно влияет на все уровни выздоровления. Она основана на содержании *потребностей* пациентов и *экзистенциального потенциала* их личности.

Реабилитация пациентов начинается в стационаре, на фоне приема медикаментозного лечения в соответствии с унифицированными клиническими протоколами медицинской помощи населению по психиатрии [3,4,5]. В связи с тем, что возможности фармакотерапии ограничены купированием клинической симптоматики болезни, для повышения адаптивных ресурсов личности, улучшения социального функционирования и личностного выздоровления, используются методы психотерапевтического воздействия. Обязательным условием прохождения экзистенциально-личностной реабилитации является прием поддерживающей медикаментозной терапии.

Глобальной (конечной) целью реабилитационной системы является личностное выздоровление пациентов, включая восстановление целостности и самоидентичности «Я» личности, обретение ими свободы делать осознанные выборы, ставить цели, видеть смысл дальнейшей жизни, принимать ответственность и самостоятельно контролировать свою болезнь и жизнь. Такой целостный подход к личности пациентов непременно приводит к удовлетворительному уровню социального функционирования в различных сферах жизни: семейной, профессионально-трудовой, коммуникативной, творческой самореализации и субъективному ощущению психического «здоровья», что значительно повышает качество жизни.

Экзистенциально-личностная реабилитация предполагает использование комплекса психотерапевтических методов экзистенциально-гуманистического, когнитивно-поведенческого и психодинамического направлений. Данные методы подразделяются на симптомоцентрированные, личностно-центрированные и социо-центрированные, интеграция которых обеспечивает наилучший терапевтический эффект. При этом в одних случаях используются психотерапевтические методы, направленные на предоставление помощи в преодолении проблем, а в других – способствующие восстановлению целостности личности. Для восстановления целостности личности пациентов, страдающих психическими расстройствами,

проводятся реабилитационные мероприятия, которые имеют три глобальных направления[1]:

1) осуществление процесса «передачи полномочий» пациенту по управлению своим заболеванием, создание условий для реализации пациентами своей экзистенциальной свободы, помощь в осознании своих возможностей, обучение принятию личной ответственности за свою болезнь, жизнь и реализацию её смысла в той степени, в которой позволяет психическое состояние;

2) обучение пациента самоуправлению стрессом и разрешению стрессогенных ситуаций, повышение уровня стрессоустойчивости;

3) восстановление целостности личности пациента за счет работы с его субъективным миром, восстановлением его самоидентичности, психотерапевтической работы с экзистенциальными аспектами его жизни и компонентами личностной направленности (ценностями, целями, смыслами).

Большое значение в данном процессе играет усиление адаптационных личностных ресурсов (копинг-стратегий, механизмов психологических защит, адекватной когнитивной репрезентации ситуации, социальной поддержки) и ослабление дезадаптивных факторов (стресс-реакций, стресс-синдромов, стресс-факторов, стигмы, употребления алкоголя и психоактивных веществ, потенциальных рисков для успешной социализации личности больного, самостигматизации), которые оказывают влияние на социальное функционирование пациентов, качество их жизни, внутреннее субъективное самочувствие и деятельность.

Экзистенциально-личностный подход включает три базовых реабилитационных модуля [1]:

1. Модуль экзистенциально-личностного выздоровления

Комплекс методов, способствующих личностному выздоровлению пациентов, страдающих психическими расстройствами, путем воздействия на экзистенциальные составляющие человеческого бытия. Среди них: технологии оптимизации личностной направленности и экзистенциальных параметров выздоровления; технологии восстановления целостности «Я» личности путем восстановления и поиска самоидентичности; технология осознания пациентами смысла перенесенного психиатрического опыта и его инкорпорации в общий жизненный опыт пациента; технологии преодоления смысла утраты и обретения новых жизненных смыслов; технологии дестигматизации; технологии «передачи полномочий» пациенту.

Основными стратегическими направлениями данного модуля являются:

1. *Анализ и психотерапевтическая реконструкция психотического способа существования* - использование врачом феноменологического анализа для последующей реконструкции внутреннего мира переживаний пациента путем осознания им содержания своих переживаний.

2. *Анализ и психотерапевтическая реконструкция личностной направленности* – формирование после психотического приступа «новой» личностной направленности, подготавливающей пациента к целенаправленной и плодотворной деятельности, удовлетворению его потребности к самоактуализации и принятию «полномочий» за счет переструктурирования системы ценностей, целей, смыслов, установок, мотивации и опоры на здоровье, ресурсные аспекты личности.

3. *Программа восстановления и поиска самоидентичности* – восстановление и сохранение целостности «Я» пациента, так как это является необходимым условием для осмысленной жизни, деятельности и профилактики внешних стигматизирующих влияний.

4. *Психотерапевтическая работа по осознанию смысла перенесенного психиатрического опыта* - конструктивное осознание пациентом смысла перенесенного психиатрического опыта и его интеграции в жизнь человека.

5. *Исследование и психотерапевтическая реконструкция основных экзистенциальных параметров* - личностный рост, повышение уровня духовности и самоактуализации посредством преодоления смысло-утраты, обретения жизненных смыслов, свободы и ответственности, осознания своих возможностей и конструктивного использования опыта переживания «небытия» и экзистенциальной изоляции.

Системный подход к исследованию выздоровления пациента включает объективную и субъективную стороны. Объективный аспект выздоровления представлен показателями психосоциальной адаптации, в частности, уровнем социального функционирования и типом приспособительного поведения, а субъективный аспект – уровнем личностного выздоровления и качества жизни.

Диагностический этап данного модуля включает методический психодиагностический комплекс, позволяющий оценивать экзистенциально-личностные показатели – они же в последующем служат мишенями для психотерапии и критериями оценки эффективности экзистенциально-личностной реабилитации.

2. Модуль управления и самоуправления болезнью

Цель – реабилитационные технологии по самоуправлению своим психическим заболеванием и психологическим состоянием; технологии передачи пациенту «полномочий» по контролю за течением своего заболевания, лечением, достижение поставленных целей и реализации смысла жизни посредством повышения психообразовательного уровня пациента и членов его семьи, обучения навыкам совладания с болезненными симптомами и профилактике рецидивов, обучения осуществлению свободных выборов, осознанию своих возможностей и ответственности за сделанные выборы.

Пациент, занимающий активную позицию, является цельной личностью с индивидуальными предпочтениями, целями, потребностями на уникальном социальном и семейном фоне, равноправным членом общества и лечебного процесса, а не статичным пассивным реципиентом психиатрических услуг, что положительно влияет на личностное выздоровление пациентов.

3. Модуль самоуправления стрессом

Цель - реабилитационные технологии управления стрессом и стрессогенностью ситуации; технологий повышения стрессоустойчивости; технологий обучения конструктивным способам поведения путем оптимизации дисбаланса между стрессовыми воздействиями и личностными адаптационными ресурсами. Это способствует устранению симптомов психоэмоционального напряжения и позволяет самостоятельно управлять стрессогенностью микро- и макросоциального пространства и стрессовым реагированием.

Основным стратегическим направлением данного модуля выступает стресс-менеджмент, а также семейная психотерапия и психообразование, как для пациента, так и для членов его семьи.

Основные **направления** работы в рамках указанного модуля:

1. *Организационное*, включающее в себя:

А) Анализ стрессообразующих факторов (в семье, рабочем/учебном коллективе, в обществе).

Б) Выявление видов занятости, характеризующихся наибольшей стрессовой нагрузкой.

В) Выявление ключевых организационных факторов, которые могут быть изменены для снижения стрессогенности в семьях больных.

Г) Выявление тех организационных условий, которые в данный момент времени нельзя быстро изменить или для их изменения потребуются длительное время (стигматизация, гуманизация и пациент-центрированность при оказании психиатрической помощи).

Д) На основе проведенного анализа – разработка проекта организационных изменений, как последовательного решения выявленных организационных проблем, вызывающие стрессы.

Е) Внедрение проекта организационных изменений и мониторинг динамики изменения уровня организационного стресса у пациента.

2. *Медицинское* – включает использование широкого спектра профилактических и психосоциальных методов и фармакотерапию заболеваний, вызванных или спровоцированных острым стрессом или длительным хроническим переживанием стресса.

3. *Психологическое*:

А) Психопрофилактика стресса (психологическое консультирование, направленное на снижение индивидуальной уязвимости к стрессу и повышение стрессоустойчивости);

Б) Психологическая помощь, направленная на преодоление уже имеющихся стресс-синдромов и дистресса, вызванного перенесенным психозом.

При этом используется симптоматический подход коррекции стресса - корректирует неблагоприятные стресс-симптомы при имеющемся стрессовом состоянии, и *патогенетический* - влияющий на причины стресс-реакций и стресс-синдромов или изменение субъективного отношения к ним с учетом параметров и структуры стрессовой ситуации.

В рамках диссертационного исследования в учреждении планируется изучение экзистенциального потенциала у больных с различным уровнем дезорганизации личности. Данное исследование будет проведено с использованием следующих методик:

1. Структурное интервью Кернберга.
2. Самоактуализационный тест Шострома.
3. Методика ценностных ориентаций Рокича.
4. Тест смысложизненных ориентаций Джеймса Крамбо, адаптация Дмитрия Леонтьева.

5. Шкала субъективного благополучия Рифф.
6. Копинг – тест Лазаруса.
7. Многомерная шкала восприятия социальной поддержки С.Зимета.

Экзистенциальный подход к рассмотрению формирования клинической симптоматики психических расстройств, учет пространственно-темпоральных характеристик психотической реальности и искаженных болезнью психических процессов, позволят нам глубже понять смысл симптомов, субъективную логику пациентов, и провести реконструкцию внутреннего мира его переживаний.

Литература.

1. Абрамов В.А. Жизнь с психическим расстройством: экзистенциально – личностные аспекты выздоровления. Донецк : Каштан, 2014. 420 с.
2. Абрамов В.А. Личностно – ориентированная психиатрия: ценностно – гуманистические подходы. Донецк : Каштан, 2014. 296 с.
3. Абрамов В.А. Медико - социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк : Каштан, 2006. 268 с.
4. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. Донецк : Каштан, 2009. 583 с.
5. Абрамов В.А. Шизофрения, стигма, Я. Донецк, 2016. 436 с.
6. Лиманкин О.В. Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания. СПб., 2016. №3. 462 с.

УДК 159.9

А. М. Бахшалиева, А. А. Жидкова ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: доцент кафедры общей и клинической психологии ВолГМУ,
кандидат психологических наук Н.Г. Туровская

Введение. Высокая распространенность заболевания и частые медико-социальные и инвалидизирующие последствия у детей с эпилепсией говорят о важности изучения данной темы [1]. Несмотря на значительное число публикаций, отражающих возрастные особенности возникновения и течения эпилепсии у детей, остается недостаточно изученной проблема характера течения эпилептических состояний в зависимости от разных групп факторов риска и прогнозирования течения заболевания с учетом всех этих факторов [6]. Возникновение когнитивных нарушений является неотъемлемой составляющей течения эпилепсии и отражается на общем состоянии пациента в разные стадии развития заболевания [2].

Отмечено, что ведущее место, среди нарушений высших психических функций при эпилепсии принадлежит ухудшению различных видов памяти, что отмечают как сами больные, так и исследователи [3,4,5].

Цель: изучить особенности нарушения мнестических функций у детей, больных эпилепсией, в зависимости от локализации очага эпилептической активности.

Материалы и методы. Обследовано 32 ребенка в возрасте от 6 до 11 лет. В зависимости от локализации очага эпилептической активности выборка была разделена на 2 группы: 1) больные, у которых очаг эпилептической активности располагался в левом полушарии головного мозга (11 чел.), 2) дети с правополушарным очагом эпилептической активности (10 чел.). Отдельную группу составили больные, у которых картина ЭЭГ была дополнена признаками дисфункции дисэнцефальных структур головного мозга (11 чел.). Для проверки гипотезы применялась методика нейропсихологической диагностики памяти «ДИАКОР» (Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К., 1994).

Анализ полученных результатов проводился с помощью специальной компьютерной программы для статистической обработки данных (SPSS).

Результаты и обсуждение. Средняя оценка слухоречевой памяти у больных составила $27,5 \pm 9,55$ балла, зрительной – $28,96 \pm 12,81$ балла, моторной – $0,7 \pm 0,38$ балла. Таким образом, у детей, больных эпилепсией, в среднем наблюдаются нарушения слухоречевой и зрительной памяти при относительной сохранности двигательной памяти.

Также было обнаружено, что нарушения слухоречевой памяти пациентов, у которых очаг эпилептической активности располагался в левом полушарии головного мозга ($33,2 \pm 2,9$ балла) и у больных с дисфункцией дисэнцефальных структур ($34,3 \pm 2,1$ балла) достоверно выше, чем у больных, с правополушарным очагом эпилептической активности ($13,77 \pm 1,7$ балла; $p < 0,05$).

В свою очередь, нарушения зрительной памяти пациентов с правополушарным очагом эпилептической активности ($39,4 \pm 3,8$ балла) и дисфункцией дисэнцефальных структур головного мозга ($36,5 \pm 1,9$ балла) достоверно выше, чем у больных, с локализацией очага эпилептической активности в левом полушарии ($11,87 \pm 2,7$ балла; $p < 0,05$).

Таким образом, при локализации очага эпилептической активности в левом полушарии на первый план выходят нарушения слухоречевой памяти, тогда как при расположении очага эпилептической активности в правом полушарном – нарушения зрительной памяти. У детей с поражением дисэнцефальных отделов головного мозга нарушения как слухоречевой, так и зрительной видов памяти выражены одинаково сильно.

Связь нарушений моторной памяти с локализацией очага эпилептической активности не обнаружена. Единично встречающиеся нарушения моторной памяти, судя по всему, обусловлены инертностью психической деятельности детей, больных эпилепсией.

Превышение балльных оценок по сравнению с нормативными показателями наблюдалось по следующим параметрам: устойчивость следов памяти к интерферирующим воздействиям ($33,4 \pm 10,8$ балла), объем непосредственной слухоречевой памяти ($7,7 \pm 3,9$ балла), стабильность регуляции и контроля мнестической деятельности ($7,3 \pm 4,5$ балла), устойчивость семантической отнесенности стимулов ($6,3 \pm 3,5$ балла).

Полученные данные свидетельствуют о том, что в целом у детей, больных эпилепсией выявляются: повышенная тормозимость следов к интерферирующим воздействиям, нарушение стабильности регуляции и контроля мнестической деятельности, снижение объема непосредственной слухоречевой памяти.

Также было обнаружено, что нарушения объема слухоречевой памяти и тормозимости следов к интерферирующим воздействиям пациентов, у которых очаг

эпилептиформной активности располагался в левом полушарии головного мозга ($10,1 \pm 1,6$; $39,8 \pm 2,9$ балла) и у больных с дисфункцией дизэнцефальных структур ($10,4 \pm 1,5$; $40,9 \pm 2,5$ балла) достоверное выше, чем у больных, с правополушарным очагом эпилептиформной активности ($2,3 \pm 0,9$; $18,1 \pm 2,1$ балла; $p < 0,05$).

Превышение балльных оценок по сравнению с нормативными показателями касательно зрительной памяти наблюдалось по следующим параметрам: эффективность заучивания в зрительной памяти ($10,4 \pm 3,6$ балла), прочность следов зрительной памяти ($3,3 \pm 1,9$ балла), устойчивость следов памяти к интерферирующим воздействиям ($22,8 \pm 8,5$ балла), объем непосредственной зрительной памяти ($8,6 \pm 2,4$ балла), стабильность регуляции и контроля мнестической деятельности ($11,2 \pm 6,9$ балла), устойчивость семантической отнесенности стимулов ($10,9 \pm 4,9$ балла), объединение стимулов в целостную структуру ($17,9 \pm 13,1$ балла).

Полученные данные свидетельствуют о том, что в целом у детей, больных эпилепсией выявляются снижение эффективности заучивания и прочности следов в зрительной памяти, повышенная тормозимость следов к интерферирующим воздействиям, нарушение синтагматизации, стабильности регуляции и контроля мнестической деятельности, снижение объема непосредственной зрительной памяти.

Также, было обнаружено, что нарушения объема зрительной памяти и тормозимости следов к интерферирующим воздействиям пациентов, у которых очаг эпилептиформной активности располагался в правом полушарии головного мозга ($9,9 \pm 1,4$; $29,3 \pm 4,5$ балла) и у больных с дисфункцией дизэнцефальных структур ($10,1 \pm 1,4$; $28,3 \pm 3,9$ балла) достоверное выше, чем у больных, с левополушарным очагом эпилептиформной активности ($5,8 \pm 0,9$; $12,3 \pm 1,2$ балла; $p < 0,05$).

Выводы.

1. У детей, больных эпилепсией, в целом наблюдаются нарушения слухоречевой и зрительной памяти, выражающиеся, в первую очередь, в сужении объема памяти и повышенной тормозимости следов к интерферирующим воздействиям.
2. Единично встречающиеся нарушения моторной памяти, судя по всему, обусловлены инертностью психической деятельности.
3. Нарушения памяти разной модальности связаны с различной локализацией очага эпилептиформной активности. Так, при правостороннем очаге эпилептиформной активности на первый план выходят нарушения зрительной памяти, а при локализации очага эпилептиформной активности в левом полушарии – нарушения слухоречевой памяти. У детей с поражением дизэнцефальных отделов головного мозга нарушения как слухоречевой, так и зрительной видов памяти выражены одинаково сильно.

Литература.

1. Игамова, С.С., Вязикова, Н.Ф., Хамедова, Ф.С. Электроэнцефалографические особенности эпилепсии в детском возрасте // Инновационная наука. – 2015. – №6-2. – С.236-238.
2. Костылев, А.А., Пизова, Н.В., Пизов, Н.А. Когнитивные нарушения при эпилепсии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №4. – С.66-70.
3. Туровская, Н.Г. Особенности психического развития детей с судорожными пароксизмами в анамнезе и рекомендации по их психологическому сопровождению // Детская и подростковая реабилитация. – 2015. – № 2 (25). – С. 48–54.

4. Туровская Н.Г. Патология памяти в структуре нарушения психического развития у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе // Экспериментальная психология. – 2015. – № 3. – С. 145–155.

5. Туровская Н.Г. Судорожные пароксизмы как фактор нарушения психического развития детей с преморбидной церебральной органической патологией // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2014. – № 4 (52). – С. 91–93.

6. Шнайдер, Н.А., Шаповалова, Е.А., Дмитренко, Д.В., Садыкова, А.В., Шаповалова, Л.П. Эпидемиология детской эпилепсии // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – №2.

УДК 616.89-052:378.661

К. В. Бляхер, А. А. Прохорова

ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ К ИХ УЧАСТИЮ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Волгоградский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ

Научный руководитель: доц. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ ВолгГМУ,

к.м.н., доц. О.В. Поплавская

Введение. В рамках учебного процесса регулярно происходит взаимодействие пациентов со студентами, что может оказывать как позитивное, так и негативное влияние на состояние больных, особенно в психиатрии [1, 2].

Цель. Изучить отношение пациентов к их участию в образовательном процессе.

Задачи.

1. Выяснить заинтересованность пациентов в участии в образовательном процессе;
2. Проанализировать причины отказа больных от участия в образовательном процессе;

Материалы и методы. Применялся метод интервьюирования и анкетирования. Разработана анкета из 10 вопросов: “Участвуете ли Вы в беседах со студентами?”, “Если да, то почему?”, “Если нет, то почему?”, “В связи с чем у Вас возникало чувство дискомфорта в беседе со студентами?”, “Вам комфортнее общаться...” (относительно количества студентов, участвующих в курации), “Вызывали ли у Вас студенты агрессию?”, “Было ли у Вас желание продолжить общение после однократной беседы?”, “Пытались ли Вы найти информацию о студентах, с которыми беседовали, например, в интернете (в соцсетях)?”, “Пытались ли Вы впоследствии встретиться со студентами, с которыми беседовали?”, “Пожалуйста, напишите нам свои предложения, как повысить качество взаимодействия студентов с пациентами”. Анкета заполнялась больными в отделении добровольно и анонимно. Каждый вопрос предусматривал возможность выбора одного или нескольких вариантов ответа или предоставления своего собственного. В последнем вопросе пациенты могли высказать свои

предложения по улучшению качества взаимодействия. Проведено анкетирование 50 пациентов, находящихся на момент исследования на стационарном лечении ГБУЗ «ВОКПБ №2». 38% опрошенных – мужчины, 62% – женщины.

Результаты и обсуждение. 70% респондентов соглашались общаться со студентами, причем 44% регулярно, 26% – соглашались иногда. Из тех, кто соглашались, 11% – стеснялись отказать, 23% – участвовали в беседе, потому что им скучно в отделении, 34% – хотели пообщаться с новыми людьми, 54% – понимали, что это необходимо для обучения студентов-медиков. Из отказавшихся 27% – боялись, что их не поймут, 33% – не хотели быть в центре внимания, 20% – стеснялись и 13% – стыдились своей болезни (33% – отказались уточнять причину отказа).

Дискомфорт при общении присутствовал у 56% больных, из них: 25% – были недовольны излишним любопытством студентов по поводу их личной жизни, 32% – не хотели находиться в центре внимания. 38% пациентов сообщили, что им лучше общаться с одним студентом, 40% – предпочли общение в группе, для остальных – количество собеседников не имело значения. У 10% респондентов студенты вызвали агрессию. Больше половины опрошенных (56%) выразило желание продолжить общение после однократной беседы со студентами. Из них 15% – хотели помочь студентам узнать что-то новое об их заболевании, 46% – хотели просто пообщаться с интересными людьми, подружиться. При этом найти информацию о студентах в интернете или даже встретиться с ними пыталось 12% опрошенных. В открытом вопросе пациенты сообщали, что участие в учебном процессе позволяет им «почувствовать свою полезность», «справиться со скукой», «пошевелить мозгами».

Предложения, прежде всего, касались количества студентов. Некоторые пациенты хотели бы иметь больше времени для общения. Кто-то настаивал на более открытом, а кто-то на более формальном ведении беседы. Были просьбы разнообразить вопросы, потому что «разные студенты приходят, а вопросы-задания у всех как под копирку». Кто-то писал, что необходимо учиться располагать пациентов к контакту.

Выводы. В общении с пациентами должен быть принят индивидуализированный подход. Привлекая больных к учебному процессу, в первую очередь, необходимо сделать так, чтобы это общение было как можно более комфортным для пациентов, чтобы участие больного в учебном процессе не нарушало положительную динамику психического состояния в процессе лечения. Нужно учитывать предпочтения больных относительно количества студентов, осуществляющих курацию. При этом студентам необходимо соблюдать осторожность, помня о возможности проявления агрессии, и не сообщать больным в беседе свои личные данные.

Анкета, разработанная для опроса пациентов, может быть использована в работе кафедры психиатрии. Возможно предварительное проведение анкетирования пациентов, к примеру, перед началом семестра, на основании результатов которого можно будет разделить больных на группы и применять к ним различную тактику ведения диалога. Данный вопрос требует более детальной разработки.

Литература.

1. Поплавская О.В., Черная Н.А., Цыбуля Ю.В., Ванюшина Е.А. Интерактивные методы преподавания дисциплины "психиатрия, наркология" для специальности

"медико-профилактическое дело" // Бюллетень науки и практики. 2017. № 5 (18). С. 254-261.

2. Замятина И.И., Поплавская О.В., Соколова А.Г. ОСОБЕННОСТИ Коммуникации с пациентами, имеющими психические расстройства // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. № 2 (50). С. 18-21.

УДК 616.89

А. Д. Бондаренко, Н. Г. Туровская

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АЛЕКСИТИМИИ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедры общей и клинической психологии

Количество случаев нарушений эмоционального здоровья современного человека непрерывно растет. Это связано с возрастанием эмоциональных нагрузок, с низким уровнем психологического просвещения в обществе, с активным развитием социальных сетей, которые «притупляют» чувства, а вместе с тем и когнитивные процессы. Изучение алекситимии, как фактора, препятствующего осознанному контакту человека со своей эмоциональной сферой, создающего затруднения в коммуникативной сфере личности, являющегося предпосылкой в развитии целого спектра заболеваний, становится важным и значимым в контексте исследования образовательного процесса в вузе, так как процесс образования должен быть направлен на развитие личности в целом. Целью данного исследования явилось изучение удовлетворенности качества жизни студентов с различным уровнем алекситимии. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что, удовлетворенность качеством жизни студентов значительно снижается при увеличении уровня алекситимии.

Ключевые слова: алекситимия, качество жизни, студенты, эмоциональная сфера, тревожность, адаптация, эмоциональное здоровье.

Современное общество все чаще выносит за поле своего внимания присущий ему эмоциональный мир. Количество случаев нарушений эмоционального здоровья современного человека непрерывно растет. Это связано с возрастанием эмоциональных нагрузок, с низким уровнем психологического просвещения в обществе, с активным развитием социальных сетей, которые «притупляют» чувства, а вместе с тем и когнитивные процессы [1,2]. Одно из главных условий высокого качества жизни (КЖ или QL) – здоровье. Однако существуют и немедицинские аспекты жизни, такие как семья, работа, жилье, образование, экологические факторы, которые играют важную роль в определении таких характеристик, как благосостояние и качество жизни [4].

Изучение алекситимии, как фактора, препятствующего осознанному контакту человека со своей эмоциональной сферой, создающего затруднения в коммуникативной сфере личности, являющегося предпосылкой в развитии целого спектра заболеваний, становится важным и значимым в контексте исследования образовательного процесса в вузе, так как процесс образования должен быть направлен на развитие личности в целом [3,5].

Цель. Изучение удовлетворенности качества жизни студентов с различным уровнем алекситимии.

Материалы и методы. Участие в исследовании приняли 38 студентов третьего курса Волгоградского государственного медицинского университета. Для определения степени выраженности алекситимии использовались «Торонтская алекситимическая шкала», опросник «Ваше самочувствие», тест «Индекс жизненной удовлетворенности (ИЖУ)».

Результаты и их обсуждение. По итогам диагностики уровня алекситимии были получены результаты, согласно которым большую часть испытуемых (36,8%) характеризует способность легко выражать собственные эмоции, опознавать и описывать то, что они действительно чувствуют. Другую часть испытуемых (31,6%) характеризует сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний. И ровно такой же процент (31,6%) испытуемых показал выраженное наличие алекситимии, что свидетельствует о том, что этим людям сложно осознавать и выражать свои чувства и эмоции.

По результатам диагностики уровня качества жизни были получены данные: ровно половина (50%) исследуемых характеризуют свой уровень качества жизни, как низкий, выраженный в слабом проявлении энтузиазма и равнодушном отношении к обычной повседневной жизни. Характерно пассивное примирение с жизненными неудачами, покорное принятие всего, что приносит жизнь. Меньшее количество людей (28,9%) считают, что их уровень качества жизни равен среднему, как правило, это люди с умеренной самооценкой, способные достичь тех целей, которые считают для себя важными. И самый маленький процент диагностируемых (21,1%) отмечают, что уровень удовлетворенности качеством жизни – высокий, они проявляют оптимизм, испытывают удовольствие от жизни, решительны, стойки, направлены на достижение целей.

Корреляционный анализ показал высокую и умеренную зависимость между всеми методиками, направленными на выявление связи алекситимии и качества жизни. Было выявлено, что у студентов с высоким уровнем алекситимии средний балл удовлетворенности качеством жизни равен 19,63, а у студентов с низким показателем алекситимии – средний балл равен 28,15. Различия статистически достоверны на высоком уровне значимости ($p = 0,002$).

Также было проведено сравнение групп студентов с высоким и средним уровнем алекситимии. Полученные данные показали, что у первых респондентов средний балл – 19,63, а у вторых – 25,64. Различия статистически достоверны на высоком уровне значимости ($p = 0,009$).

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что, удовлетворенность качеством жизни студентов значительно снижается при увеличении уровня алекситимии. Даже при удовлетворении всех основных жизненных потребностей и благоприятных условиях для жизни люди остаются не удовлетворены качеством своей жизни. Объясняется это тем, что истинное значение качества жизни проявляется в субъективных ощущениях индивидов, формирующихся на основе определенных материальных условий жизни, эмоционального состояния и т.д.

Литература.

1. Антоновский, А.В. Алекситимия как защитный механизм в профессиональной педагогической деятельности / А.В. Антоновский // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе – 2012. – С. 74–76.

2. Денисов, Н.А. Качество жизни населения различных регионов России / Н.А. Денисов // Уровень жизни населения регионов России. - № 2. – М., 2010. – С. 23-35.
3. Николаева, В.В. О психологической природе алекситимии. / В.В. Николаева // Психология телесности и психосоматика. – 2011. – 12 с.
4. Чернышева, М.Л., Чернышев А.В., Лебедев, В.В. Качество жизни в неонатологии: понятие, значимость, этические аспекты/ М.Л. Чернышева, А. В. Чернышев, В.В. Лебедев // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2014. №5.
5. Холмогорова, А.Б., Гаранян Н.Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Психология мотивации и эмоций. – М.: ЧеРо, 2012. – С. 548–557.

УДК 37:311:616.89

В. В. Борисенко, Е. И. Стоянова ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО,
Научный руководитель: доц. кафедры клинической психологии и психотерапии
с курсом ПО, к.пс.н., Стоянова Е.И.

Статья посвящена изучению агрессивного поведения детей младшего школьного возраста в теоретическом и эмпирическом аспектах. В работе исследуется выраженность проявления агрессии у младших школьников. Проводится анализ полученных результатов. Предлагается психокоррекционная программа, направленная на работу с агрессией младших школьников.

Ключевые слова: поведение, младшие школьники, агрессия, коррекция, диагностика.

Введение. Актуальность исследования обусловлена, в первую очередь, последствиями агрессивности растущего поколения. Наблюдается рост различных отклонений в личностном развитии и поведении детей, что приводит к проблемам общества в целом [3].

Под агрессивностью понимается свойство личности, которое проявляется в готовности и предпочтении применять насилие по отношению к другому для реализации своих целей [5].

Агрессивность, выраженная в деструктивных формах, в виде враждебности и ненависти, способна сформировать нежелательные черты характера, нанести вред окружающим [4].

В младшем школьном возрасте происходят значительные психологические изменения. Переход к осознанному, произвольному поведению выступает центральным изменением. При возникновении трудностей перехода агрессивные тенденции в поведении детей становятся более выраженными [2].

Особо важным является изучение агрессивного поведения в младшем школьном возрасте, так как в этот период, подобное поведение еще не закреплено, и можно предпринять меры коррекции.

Коррекция, в свою очередь, положительно скажется на дальнейшем развитии ребенка и его взаимодействии с миром.

В своей деятельности педагог-психолог должен использовать различные методы и формы работы, направленные на снижение агрессивного проявления. Методы коррекции напрямую зависят от уровня воспитания, уровня психического и интеллектуального развития, образа жизни ребенка и его окружения [1].

Цель. Изучение возможности диагностики и коррекции агрессивного поведения детей младшего школьного возраста.

Задачи исследования:

- а) проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования;
- б) подобрать диагностический инструментарий для исследования агрессивного поведения младших школьников;
- в) провести диагностику с помощью специально подобранных методик;
- г) сравнить и проанализировать полученные результаты, сформулировать выводы.
- д) разработать психокоррекционную программу, направленную на работу с агрессией детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в МАОУ СШ №151 города Красноярск. В исследовании приняли участие учащиеся четвертого класса в количестве 20 человек, из них 11 мальчиков и 9 девочек.

Критерии включения в выборку:

- Возраст 10-11 лет;
- Учащиеся, имеющие согласие родителей на прохождение психологического исследования.

Для диагностики проявлений агрессии младших школьников был использован Опросник «Агрессивное поведение» Е.П. Ильина, Е.А. Ковалева – методика предназначена для выявления склонности респондента к определенному типу агрессивного поведения, также, дает возможность диагностики несдержанности ребенка. Ребенку предлагается стимульный материал, состоящий из утверждений, в котором ему необходимо дать ответ «да» или «нет» на каждое. Обработка и интерпретация результатов теста проводится по 4 шкалам: «прямая вербальная агрессия», «косвенная вербальная агрессия», «прямая физическая агрессия», «косвенная физическая агрессия». Подсчитывается сумма баллов по каждой шкале. Несдержанность выявляется путем сложения баллов 3х шкал: «прямая вербальная агрессия», «прямая физическая агрессия», «косвенная физическая агрессия».

Результаты исследования и их обсуждение. При обработке методики «Агрессивное поведение» П.А.Ковалева были получены следующие результаты: из 20 испытуемых у 16 учеников (80%) преобладает низкий уровень прямой физической агрессии, у 3 учеников (15%) средний уровень, у 1 ученика (5%) высокий; косвенная физическая агрессия на низком уровне у 9 учеников (45%), на среднем у 8 учеников (40%) и на высоком у 3 учеников (15%); низкий уровень прямой вербальной агрессии

выявлен у 2 учеников (10%), средний у 4 учеников (20%), высокий у 14 учеников (70%); показатели косвенной вербальной агрессии на низком уровне у 5 учеников (25%), на среднем уровне у 4 учеников (20%), а на высоком у 11 учеников (55%).

Анализируя результаты исследования по методике «Агрессивное поведение» П.А. Ковалева было выявлено: из 20 испытуемых высокий показатель несдержанности был выявлен у 1 ребенка (5%), 6 детей (30%) находятся в зоне риска, т.е. их показатели выше нормы, 13 учеников (65%) сдержанны.

Особенности системы коррекционной программы направленной на снижения уровня агрессивности младших школьников.

Психокоррекционная программа направлена на снижение агрессивных тенденций у детей младшего школьного возраста.

Для достижения поставленной цели предлагается решить ряд задач:

1. Создать положительное эмоциональное настроение в группе.
2. Способствовать развитию навыков снятия напряжения, саморегуляции.
3. Обучить приемлемым способам выражения гнева.
4. Сформировать навыки общения в конфликтных ситуациях.
5. Повысить уровень эмпатийных способностей.

Методы проведения: беседа, коррекционные упражнения, арттерапевтические техники, ролевые игры, психогимнастические упражнения.

Коррекционная программа состоит из 10 занятий. Продолжительность одного занятия составляет 40 минут. Занятия проводятся 2 раза в неделю с группой детей младшего школьного возраста.

Критерии включения в программу коррекции:

- возраст 10-11 лет;
- учащиеся с высоким и средним показателем агрессии;
- учащиеся, имеющие согласие родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Критерии исключения из программы коррекции:

- возраст 8,9,12,13 лет;
- учащиеся с низким показателем агрессии;
- учащиеся, не имеющие согласия родителей на прохождение психокоррекционных занятий.

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного исследования установлено наличие высокого процента агрессивных проявлений среди учащихся младшей школы.

В связи с полученными данными, разработка психокоррекционной программы, направленной на снижение агрессии младших школьников, явилась необходимой.

Перспективой исследования по данной проблеме является проведение повторной диагностики с целью проверки эффективности психокоррекционной работы направленной на снижение агрессии детей младшего школьного возраста.

Литература.

1. Смирнова, Е. О. Межличностные отношения дошкольников: диагностика, проблемы, коррекция. М.: ВЛАДОС, 2003. 158 с.
2. Мухина, В. С. Возрастная психология. М.: Генезис, 2006. 500 с.

3. Чижова, С. Ю. Детская агрессивность. Ярославль: Академия развития, 2003. 160 с.
4. Эльконин, Д. Б. Психическое развитие в детских возрастах. СПб. : Питер, 2011. 435 с.
5. Янаев, С. И. Краткий словарь терминов по психологии и педагогике М. : Образование, 2006. 545 с.

УДК 616.3: 616.89

А. Е. Брюхин, О. Н. Овчинникова, Н. Ю. Алтухова, Т. Ю. Линева, Е. В. Оконишникова

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», медицинский факультет,
кафедра психиатрии и медицинской психологии, г. Москва.

Научный руководитель: профессор, к.м.н. А.Е. Брюхин

Введение. Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию. Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное в зависимости от множества параметров, в частности, от места, занимаемого процессом приема пищи в иерархии ценностей индивида, от количественных и качественных показателей питания.

Расстройства пищевого поведения (РПП) - психогенно обусловленный поведенческий синдром, связанный с нарушениями в приеме пищи, представляющие собой широкий спектр состояний от ограничительного поведения до переедания. Выделяется несколько видов расстройств приема пищи: нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ), компульсивное переедание и др. Особый интерес к нарушениям пищевого поведения возник в XX и XXI веках, что обусловлено все большим распространением данной нозологии [1]. По данным опросов среди старшеклассниц, 40 % девочек считают, что они имеют избыточную массу тела, в то время как реально этот избыток выявляется у 4 % опрошенных. НА наиболее распространена в северных европейских странах, где частота ее новых случаев составляет 4 на 100 тыс. населения. Распространенность РПП значительно выше среди молодых девушек и составляет до 1 % в возрасте 16—18 лет. В странах зарубежья 11 % 15-летних девочек используют искусственно вызываемую рвоту, как метод коррекции массы тела, 7 % — слабительные средства [2].

Некоторые ученые считают, что тенденция к увеличению заболеваемости данным недугом связана не с возрастанием числа больных с РПП, а с увеличением числа клинических описаний. Следует отметить, что в последние десятилетия установлены конкретные диагностические критерии НА и НБ, исходя из которых, диагностическая оценка включает анализ текущих обстоятельств жизни пациента и текущие симптомы, наряду с этим, для диагностики не менее важно обследование психического состояния, которое представляет собой оценку текущего настроения пациента и мышления, фокусируясь на весе и примерах пищевого поведения. Для этих целей в последние десятилетия во всем мире разработано большое количество опросников и тестов. Опросники являются удобным и практичным инструментом в

диагностике РПП, их использование позволяет осуществлять как скрининговые исследования, так и проследить динамику болезни, а некоторые специализированные психометрические тесты помогают определить клинические особенности пищевого поведения у конкретного пациента. Следует заметить, в нашей стране отмечается нехватка русскоязычных адаптированных опросников, направленных на выявление групп риска, определение степени выраженности РПП. С учетом того, что кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН длительное время занимается изучением расстройств пищевого поведения, возник научный интерес в проведении исследования с использованием специализированных опросников "Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения" и ЕАТ-26 для диагностики и выявления специфических характеристик нарушений пищевого поведения на российской популяции.

Цель. Изучить удобство и целесообразность применения опросников "Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения" и ЕАТ-26 для скрининга РПП и выявления особенностей течения болезни на российской популяции.

Материалы и методы. Во многих странах в качестве скрининг теста НА используется опросник ЕАТ-26. Тест отношения к приему пищи (сокращенно ЕАТ, полное английское название - Eating Attitudes Test), разработанный Дэвидом Гарнером в университете Торонто Институтом психиатрии Кларка в 1979 году [3]. Русскоязычная версия теста была адаптирована Мешковой Т.А. и Николаевой Н.О. Первоначально тест отношения к приему пищи предназначался для предварительной диагностики нервной анорексии и состоял из 40 вопросов. В 1982 году разработчики модифицировали тест и создали шкалу ЕАТ-26, состоящую из 26 вопросов. Тест ЕАТ-26 показал более высокие показатели и оказался более унифицированным для скрининга широкого спектра нарушений пищевого поведения. Шкала включает в себя симптомы, расцениваемые как абнормальные в отношении пищевого поведения, соотносящиеся с когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферами, но подшкалы в тесте не выделяются. В связи с этим, для определения особенностей течения болезни у конкретного индивида, изучения тенденций пищевого поведения, использовался более специфический, расширенный опросник "Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения". Данный опросник предназначен для определения когнитивных и поведенческих особенностей у лиц с РПП, для дифференциальной диагностики расстройств НА, НБ, компульсивное переедание(КП), а также позволяет выявить тенденции к нарушениям пищевого поведения, которые впоследствии могут трансформироваться в более тяжелую патологию. Опросник "Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения" разработан сотрудниками Алтайского Государственного Университета (Барнаул), медицинскими психологами Сагалаковой О.А. (к.п.н.) и Киселевой М.Л. [4]. Он состоит из 103 вопросов, распределенных на 7 шкал: контроль над употреблением пищи; избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания; склонность к булимии; ограничительное пищевое поведение, как средство достижения мотива аффилиации; эмогенное пищевое поведение; самофокусировка внимания на

несовершенствах своего тела; склонность к анорексии. Также, полученные результаты отражают степень выраженности расстройства.

Результаты. Проведено исследование с помощью теста EAT-26 у 98 человек, из которых 88 - студенты медицинского факультета, в возрасте 19-25 лет, а 10 - пациенты, в возрасте 17-24 лет, которые обратились за помощью по поводу расстройств пищевого поведения. В результате из 88 студентов у 9 суммарный балл EAT-26 (≥ 20 баллов) достиг критических значений, что составило 10,2 %. У 10 пациентов суммарный балл EAT-26 (≥ 20 баллов) достиг критических значений в 100% случаев, что говорит о высокой достоверности теста.

С помощью опросника "Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения" было обследовано 24 человека, из которых 12 – студенты медицинского ВУЗа в возрасте 19-20 лет, а 12 - пациенты, у которых клинически выявлены симптомы РПП, возрастом 17-24 лет. В результате, из 12 студентов, у 6 выявлена склонность к РПП разной степени выраженности: от наиболее легких проявлений (промежуточный уровень по шкале эмоциональное пищевое поведение – 2 студента) до выраженной предрасположенности к РПП (промежуточные показатели по шкалам склонность к НБ, НА– 4 студентов). У пациентов по результатам опросника выявляется более высокая интенсивность переживаний относительно пищевого поведения: у 10 отмечаются промежуточные и максимальные показатели по всем шкалам, у 2 – максимальные показатели по всем шкалам, что подтверждает наличие выраженных расстройств пищевого поведения в виде нервной булимии или анорексии, выявленных клиническим путем.

Выводы. По результатам исследования, опросник EAT-26 доказал свою валидность в скрининговой диагностике РПП на российской популяции. Данный тест доступен и прост в заполнении, что делает его оптимальным для определения групп риска с нарушениями пищевого поведения. Опросник "Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения" является более объемным в сравнении с EAT-26, в связи, с чем занимает больше времени для заполнения, но при этом прост для понимания и восприятия. Данный опросник позволяет выявить тенденции к РПП, а также благодаря делению на шкалы, позволяет выявить особенности пищевого поведения (психологические характеристики и поведенческие стереотипы), их степень выраженности, дифференцировать диагнозы НА, НБ, КП, тем самым обеспечивая клинициста диагностически важной информацией. Таким образом, опросники имеют широкий спектр применения в клинической практике. Использование психометрических тестов позволяет выделить группу риска РПП, в большей мере уточнить и объективизировать информацию, касающуюся симптоматики нарушения пищевого поведения, а также позволяет проследить динамику течения болезни.

Литература

1. Коркина М.В., Цивилько М.А, Марилов В.В. Нервная анорексия: книга // Москва, 1986 – 176 с.
2. Zanetti T. Epidemiology of Eating Disorders // Eating Disorders and the Skin 2013 - pp. 915

3. David M. Garner. Marion P. Olmsted. Yvonne Bohr and Paul E. Garfinkel The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates// Psychological Medicine, №12, 1982 – pp. 871-878
4. Сагалакова О.А., Киселева М.Л. Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения в контексте социальной тревоги: диагностический опросник // Журнал Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология №1 (16), 2014 - с. 182-186

УДК 159.9.07

Д. Т. Бутцинова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии ВолгГМУ, кандидат социологических наук С.А. Кривашев

Введение. Современные общественно-экономические условия, стремительный темп жизни, искажение в сознании многих общечеловеческих ценностей у части населения и другие сложности становятся причиной того, что многим людям все труднее адаптироваться к жизни в социуме [3]. Человек уходит от проблем и прячется от дискомфортной реальности вместо активного ее преобразования. Фиксация на том, что вызывает приятные ощущения и не требует активного приложения душевных усилий, ведет к формированию различных форм аддиктивного поведения, к числу которых, в частности, относятся и нарушения пищевого поведения [2]. Они характеризуются быстрым и незаметным формированием, с трудом поддаются коррекции в запущенном виде, что определяет актуальность данной работы [4]. Согласно статистическим исследованиям, пищевая зависимость выходит на первый план, прежде всего, у женщин. Для людей, страдающих данной формой аддиктивного поведения, еда помогает справиться с волнением, тревогой, снизить уровень стресса [1].

Цель: изучить психологические особенности нарушения пищевого поведения у женщин.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 женщин в возрасте от 25 до 35 лет. Для достижения поставленной цели применялись следующие методики: 1). Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ); 2). «Индекс жизненного стиля»; 3). «Личностный дифференциал»; 4). Методика исследования самооотношения (МИС; Р.Л. Пантелеев). Анализ полученных результатов проводился с помощью компьютерной программы для статистической обработки данных (SPSS).

Результаты и обсуждение. Данные, полученные по результатам Голландского опросника пищевого поведения (DEBQ) свидетельствуют о том, что только 33% женщин характеризуют свое пищевое поведение как нормальное, 40% склонны к перееданию, 27% – к ограничению себя, что может быть предпосылкой возникновения анорексии. При этом 53% опрошенных признают, что не могут устоять перед вкусной едой, ее аппетитным запахом и видом (экстернальное пищевое поведение), а 57% женщин констатируют у себя привычку заедать эмоции (эмоциональное пищевое поведение).

Данные по методике «Индекс жизненного стиля» указывают на то, что доминирующими механизмами психологической защиты у обследуемых являются замещение (50%) и вытеснение (47%), реже – регрессия (27%) и отрицание (23%). Также выявлены достоверные статистические различия данных по шкалам замещения, рационализации и отрицания ($p < 0,5$) при нарушениях пищевого поведения у женщин. Это говорит о том, что существует объективная зависимость между нарушениями пищевого поведения и реакциями замещения, рационализации и отрицания проблемы.

Существование защит позволяет косвенно выявить наличие внутриличностного конфликта. Люди с нарушениями пищевого поведения – чаще дезадаптивные люди, нуждающиеся в механизмах психологической самозащиты.

Результаты по методике изучения личностного дифференциала свидетельствуют о том, что нарушения пищевого поведения тесно связаны с формированием у женщин таких черт личности как низкий уровень самоуважения (53%) недостаточный самоконтроль, зависимость от внешних обстоятельств и оценок. При этом они не в полной мере склонны что-либо менять, так как показатели развития волевых сторон личности находятся на низком (30%) и среднем уровне (54%). Отмечены низкие (40%) и средние (43%) показатели по шкале «активность». Это значит, что женщины с нарушением пищевого поведения не всегда активны, часто отмечается их замкнутость, интровертированность, определенная пассивность.

Данные, полученные по результатам методики исследования самоотношения, выявили у обследуемых низкие значения по параметрам «самоуверенность» (53%), «Открытость» (47%), «конфликтность» (43%), «самообвинение» (37%), «самопринятие» (30%). Это означает, при нарушениях пищевого поведения отмечается выраженная конформность и защитное поведение, мотивация социального одобрения, желание соответствовать общепринятым нормам поведения. Характерно неуважение к себе, связанное с неуверенностью в своих возможностях, с сомнением в своих способностях. Человек не доверяет своим решениям, часто сомневается в способности преодолевать трудности и препятствия, достигать намеченных целей. Возможно избегание контактов с людьми, глубокое погружение в собственные проблемы, внутренняя напряженность. Вместе с тем, обнаруживается тенденция к отрицанию собственной вины в конфликтных ситуациях. Защита собственного «Я» осуществляется путем обвинения преимущественно других, перенесением ответственности на окружающих за устранение барьеров на пути к достижению цели. Ощущение удовлетворенности собой сочетания с порицанием других, поисками в них источников всех проблем.

Таким образом, при нарушении пищевого поведения у женщин характерны психологические особенности, проявляющиеся в личностной сфере, восприятии себя и окружающих.

Выводы. В ходе исследования у обследуемых женщин были выявлено преобладание экстерналистического и эмоциогенного видов пищевого поведения.

1. Существует достоверная связь между нарушениями пищевого поведения и возникновением у женщин таких механизмов психологической защиты как замещение, рационализация и отрицание проблемы, что косвенно выявляет наличие внутриличностного конфликта у обследуемых женщин.

2. Нарушения пищевого поведения тесно связаны с формированием у женщин самооценки, волевых качеств, активности личности, что проявляется в виде выраженной конформности, мотивации социального одобрения, неуважения к себе, связанное с неуверенностью в своих возможностях.

Литература.

1. Дмитриева, Н.В., Дёмина, Л.Д., Якоцук, О.Л. Психогенная обусловленность анорексивного поведенческого синдрома у представителей женского пола // Известия Алтайского государственного университета. – 2013. – Т. 2. – №. 2 (78). – С.129-136.
2. Емелин, К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика // Русский медицинский журнал. – 2015. – Т. 23. – №. 29. – С. 12-15.
3. Келина, М. Ю. Социокультурные факторы формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения // Вестник Московского государственного лингвистического университета. – 2012. – №.7 (640). – С. 123-141.
4. Кузнецова, М.М. Теоретический анализ проблемы нарушения пищевого поведения. // Вестник Харьковского национального педагогического университета. – 2015. – №51. – С.141-149.

УДК: 61:311: 616.89

И. Д. Горнушенков, И. В. Плужников

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА РОРШАХА КАК ИНСТРУМЕНТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

МГУ им. М.В. Ломоносова, ф-т психологии; ФГБНУ НЦПЗ.

Научный руководитель: с.н.с. ФГБНУ НЦПЗ, к.п.н., Плужников И.В.

Введение. Несмотря на то, что в клинической практике ведущим является психопатологический метод, а тестовые методики играют дополнительную роль, их разработка и совершенствование имеет собственное значение в области охраны психического здоровья, например, для экспериментально-психологических исследований, при оценке эффективности действия психофармакологических препаратов.

Основным психометрическим инструментом оценки депрессивных расстройств являются опросниковые методики, использование которых сомнительно в связи с нередкими трудностями самоотчета и отсутствием жалоб у больных с когнитивным снижением (псевдоалкситимия), кроме того, некоторые оказываются недоступны больным данной категории [2]. Вышесказанное требует поиска методик принципиально другого формата.

Цель. Оценка доступности теста Роршаха для больных с нейродегенеративными заболеваниями.

Материалы и методы. В настоящий момент тест Роршаха представляет психодиагностическую систему [2,3], валидность и надежность которой подтверждаются рядом крупных метаанализов [4]. Выделяются следующие первичные показатели, фиксирующие переживания тревожно-депрессивного спектра: SumY

(тревога), SumC' (печаль, грусть), SumV (чувство вины, самоуничижение), MOR (пессимистическое мышление и негативное самоотношение). Также имеются комплексные (клинические) показатели: депрессивное расстройство (DEPI), актуальные суицидальные тенденции (S-CON). Валидным считается протокол, включающий не менее 14 ответов ($R > 13$). Для оценки когнитивного снижения использовалась скрининговая методика КНОКС [10].

В исследование включало 16 больных с нейродегенеративными заболеваниями пожилого возраста, доступных продуктивному контакту.

Результаты и обсуждение. Баллы КНОКС варьировались от 12 (когнитивное снижение средней тяжести) до 27 (легкое снижение). Медиана равна 20. Валидный протокол, был получен у 14 пациентов (86%).

По тесту Роршаха у двух пациентов (14%) имело место превышение критического значения по показателю DEPI, также у двух пациентов критического значения достигала «суицидальная констелляция» (S-CON) (у одной пациентки были положительны оба показателя). Полученные результаты, в целом, соответствуют анамнестическим данным, у одной пациентки в анамнезе уже была суицидальная попытка, у всех трех в прошлом отмечались расстройства тревожно-депрессивного спектра. Вместе с тем, при беседе, на момент обследования только одна пациентка предъявляла жалобы на настроение.

У остальной части пациентов, хотя бы единожды встречались следующие первичные показатели: у 3 человек (22%) «тревога» - SumY, у 6 человек (43%) переживания «печали, грусти» - SumC', у 2 человек (14%) «чувство вины и самоуничижение» - SumV, у 6 человек (43%) «пессимистическое мышление и негативное самоотношение» - MOR.

Выводы. Тест Роршаха оказывается доступен большей части контактных пациентов с нейродегенеративными заболеваниями пожилого возраста и может быть использован в практической и исследовательской работе, когда требуется «объективация» эмоциональных нарушений.

Литература.

1. Иванец Н.Н., Авдеева Т.И., Кинкулькина М.А. Аффективные расстройства позднего возраста: новые возможности психометрической оценки, диагностики и терапии. Москва: МЕДПРАКТИКА, 2014. 544 с.
2. Exner J. и др. The Rorschach: A Comprehensive System. Volume 1: The Rorschach, basic foundations and principles of interpretation. : Wiley and Sons, 2003.
3. Ассанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. Москва: «Когито-Центр», 2011. 397 с.
4. Mihura J.L. и др. The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the Comprehensive system. // Psychological Bulletin. 2013. Vol. 139. № 3. PP. 548–605.
5. Тонконогий И.М. Краткое нейропсихологическое обследование когнитивной сферы (КНОКС) // Под ред. Ю.В. Микадзе. М: ПЕР СЭ. 2010.

УДК 159.9.07

С. Е. Дьяконов

ИССЛЕДОВАНИЕ ИГРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии ВолГМУ, кандидат социологических наук С.А. Кривашев

Введение. Компьютерные технологии, войдя в нашу повседневную жизнь, стали неотъемлемой частью современной жизни, а также своеобразным «мостом», соединяющим имеющиеся научные разработки и новейшие идеи будущих проектов [1]. Вместе с тем, глобальная компьютеризация приносит в нашу жизнь не только положительные, но и отрицательные аспекты. Так, компьютер может стать причиной серьезных проблем, главная из которых – зависимость, возникающая как у взрослых людей, так и у детей и подростков. При этом отмечается, что количество молодежи в возрасте от 13 до 24 лет в компьютерной среде растет быстрее, чем количество представителей других возрастных групп. [3]. В настоящее время, компьютерная зависимость является серьезной проблемой, затрагивающей все большее и большее количество людей [2]. Однако в рамках отечественной психологии интерес к этой проблеме возник сравнительно недавно, что определяет актуальность данной работы [4].

Цель: изучить специфические личностные особенности подростков и молодых людей в зависимости от степени киберадикции.

Материалы и методы. Выборка составила 40 человек в возрасте от 13 до 25 лет, находящихся в реабилитационном центре «Мост». Для достижения поставленной цели использовались следующие методики: 1) тест на определение степени киберадикции; 2) методика многофакторного исследования личности Р. Кэттелла (16 PF – опросник). Анализ полученных результатов проводился с помощью специальной компьютерной программы для статистической обработки данных (SPSS).

Результаты и обсуждение. Согласно результатам теста на определение степени киберадикции у 50% (20 чел.) участников исследования не было выявлено игровой компьютерной зависимости. Отмечено, что для них характерно более длительное пребывание в сети, по сравнению с нормой, но они в состоянии контролировать время, проведенное за компьютерными играми. У 25% (10 чел.) обследуемых выявлена низкая степень зависимости от компьютерных игр. Это означает, что время от времени такие люди сталкиваются с определенными проблемами, возникающими на почве чрезмерного использования компьютерных игр. Для 15% (6 чел.) участников исследования характерна средняя степень зависимости. У оставшихся 10% (4 чел.) выявлена высокая степень игровой зависимости. Для таких людей характерно чрезмерное использование компьютера, которое порождает значительные проблемы в их жизни.

Среднегрупповые результаты методики многофакторного исследования личности Р. Кэттелла обследуемых, страдающих киберзависимостью, свидетельствуют о том, что у обследуемых отмечаются высокие показатели по фактору «L» (8,7 балла).

Для таких людей характерны недоверчивость, сомнения, частое погружение в свое «Я». Они упрямы, заинтересованы во внутренней психической жизни, осмотрительны в действиях, мало заботятся о других людях, плохо работают в группе.

Низкие значения по фактору «А» (3,75 балла) свидетельствуют о сдержанности, обособленности, критичности, холодности обследуемых по отношению к окружающим. Вероятно, что для таких людей, компьютерные игры могут выступать как средство компенсации неумения устанавливать позитивные взаимоотношения в реальном мире.

Высокие показатели по фактору «F» (6,95 балла) указывают на то, что для обследуемых характерны импульсивность, беспечность, безрассудность в выборе партнеров по общению, эмоциональная значимость социальных контактов. Таким образом, в среднем, у участников исследования отмечаются такие отличительные черты как замкнутость, подозрительность и склонность к экспрессивности.

Для среднegrupповых результатов методики Р. Кэттелла обследуемых, у которых в ходе исследования не было выявлено киберзависимости, отмечаются такие особенности личности как сообразительность (фактор «В»; 7,1 балла), доминантность (фактор «Е»; 7,8 балла), сдержанность (фактор «F»; 8,1 балла), радикализм (фактор «Q1»; 8 баллов), высокая нормативность поведения (фактор «G»; 3,1 балла).

В целом, люди, не страдающие киберзависимостью, отличаются такими чертами как способность к обучению, абстрактному мышлению и более интеллектуально развиты, чем их сверстники. Они, как правило, склонны к самоутверждению, независимы. Могут проявлять упрямство в стремлении настоять на своем.

Таким образом, можно отметить, что у участников исследования, не являющихся киберзависимыми, отмечается достаточно яркий личностный профиль, который в целом отражает особенности подросткового и юношеского возраста.

Значимые различия были обнаружены в уровне выраженности таких черт личности как: отзывчивость, сообразительность, доминантность, доверчивость, тревожность и недисциплинированность.

Согласно полученным данным уровень общительности (фактор «А») киберзависимых (3,8 балла) значимо ниже, чем у их сверстников, не страдающих игровой зависимостью (6,8 балла; $p<0,01$). Киберзависимые по сравнению со своими сверстниками более замкнуты, сдержаны в общении и критичны по отношению к другим.

Также выявлены достоверные различия по фактору «В» (уровень оперативности мышления). У участников исследования, не страдающих зависимостью он выше (7,2 балла), чем у киберзависимых (5,8 балла $p<0,05$).

Уровень доминантности (фактор «Е») у зависимых меньше (5 баллов), чем у их сверстников (7,8 балла; $p<0,01$). Полученные данные указывают на то, что зависимость свойственна более уступчивым, конформным людям.

Было выявлено, что у зависимых уровень подозрительности (фактор «L») выше (8,7 балла), чем у людей, не страдающих киберзависимостью (6,1 балла; $p<0,01$).

В целом, полученные данные позволяют предположить, что зависимость от компьютерных игр возникает у тех пользователей, у которых фрустрированы потребности, наиболее значимые в данном возрасте (например, в подростковом – это потребности в общении, в доминантности, в понимании).

Результаты корреляционного анализа позволили установить, что с уровнем зависимости связаны такие особенности личности как общительность ($r=-0,367$; $p<0,02$); доминантность ($r=-0,384$; $p<0,01$); радикализм ($r=-0,342$; $p<0,03$); подозрительность ($r=0,431$; $p<0,01$).

Иными словами, можно заключить, что высокий уровень зависимости соответствует низкому уровню выраженности общительности, доминантности, радикализма и высокому уровню подозрительности. И наоборот, низкие показатели зависимости скорее будут отмечены у тех людей, которые обладают высокой степенью общительности, доминантности, радикализма и низкой степенью подозрительности.

Выводы.

1. Существует связь между личностными особенностями и наличием зависимости от компьютерных игр.
2. У участников исследования, страдающих компьютерной игровой зависимостью, отмечаются такие отличительные черты как замкнутость, подозрительность и склонность к экспрессивности. Для обследуемых, не страдающих данным видом зависимости, характерен достаточно яркий личностный профиль, который в целом отражает особенности подросткового и юношеского возраста (сообразительность, доминантность, сдержанность, радикализм, склонность к избеганию правил).
3. Согласно полученным данным у киберзависимых уровень замкнутости, ригидности мышления, подчиненности, подозрительности и расслабленности достоверно выше, чем у их сверстников, не страдающих данной формой аддиктивного поведения.
4. Уровень игровой компьютерной зависимости взаимосвязан с особенностями личности пользователей. Высокий уровень данной зависимости соответствует высокому уровню выраженности замкнутости, подчиняемости, радикализма и высокому уровню подозрительности. И наоборот, низкие показатели зависимости скорее будут отмечены у тех людей, которые обладают высокой степенью общительности, доминантности, радикализма и низкой степенью подозрительности.

Литература.

1. Бубеев, Ю.А., Романов, А.И., Козлов, В.В. Игровая зависимость: механизмы, диагностика и реабилитация. – М.: Слово, 2008. – 160 с.
2. Жукова, М.В. Компьютерная зависимость как один из видов аддиктивной реализации / М.В. Жукова // Вестник ЧГПУ. – 2013. – №11. – С. 120-129.
3. Максс, В. А. Компьютерная зависимость у подростков / В.А. Максс // Молодой ученый. – 2014. – №7. – С. 272-274.
4. Семено, А.А. Игрозависимая молодежь и ее психологические особенности / А.А. Семено // Вестник МИЭП. – 2013. – №4 (13). – С. 39-47.

УДК 616.89

А. В. Дьяченко, О. А. Бухановская, А. Я. Перехов

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ «СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ» ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», г. Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность. Психогенез отвержения пола у подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра (РШС), остается мало описанным [2, 3, 4], что обуславливает серьезные трудности дифференциальной диагностики между транссексуализмом (ТС) и «симптоматическими» формами гендерной дисфории (ГД).

Цель: изучение психопатологического механизма отвержения пола при РШС.

Материалы: 26 пациентов (13 юношей, 13 девушек) в возрасте от 16 до 18 лет, страдающие различными РШС.

Результаты. Выделено пять этапов психогенеза ГД при РШС. На *этапе эмоционально-гиперестетических расстройств* превалирует астеническая симптоматика. Пациенты начинают испытывать ощущение скуки, усталости, иногда – повышенной сонливости. Возникает психофизической истощаемость. На этом фоне постепенно происходит заострение преморбидно свойственных черт личности, в первую очередь – психической ригидности, склонности к фиксации на неприятных переживаниях, импульсивности, сенситивности, свойственных всем обследованным пациентам. Более явными становятся трудности неформальной коммуникации, в особенности – связанной с проявлением гендерных качеств.

На *этапе аффективных расстройств с аутопсихической деперсонализацией* ведущими проявлениями заболевания становятся биполярные колебания аффекта с чередованием атипичных субдепрессивных фаз с анестетическим компонентом, депрессивных фаз с адинамией и гипоманиакальных фаз. Описывая субдепрессивные фазы, пациенты сообщали о возникновении тягостного чувства монотонности существования, неудовлетворенности, собственной неблагополучности. Ощущаемый дискомфорт они связывали с проблемами во внешности, недовольство которой также постепенно усиливалось, а также – неблагоприятными социальными условиями. Компенсаторно возникает абстрактная потребность в изменениях. Возникают вначале малозаметные попытки изменения внешности, а затем – скрытые проявления аддиктивного и аутодеструктивного поведения. Коммуникация приобретает все более формальный оттенок. В мужских коллективах это приводит к возникновению и накоплению межперсональных конфликтов. Нахождение в однополый группе со временем становится дискомфортным, сопряженным с ощущением собственной «инакости», ущербности. Медленно нарастает вначале психологическое дистанцирование, а затем и избегание группы. Теряя способность к самозащите, юноши начинают подвергаться агрессии со стороны сверстников. Типично применение в их адрес оскорблений, унижающих их мужское достоинство, в т.ч. имеющих гомосексуальное содержание. Возникает рефлексия. Пациенты начинают испытывать чувство вины, злости на себя за неспособность преодолеть социальные проблемы, что усиливает общую неприязнь к себе. Возникает самоуничижительное фантазирование.

Стремясь мотивировать себя к решению возникающих социальных проблем, пациенты прибегают к самоуничижению. Причем зачастую они направляют на себя оскорбления, затрагивающие именно гендерную сферу. Постепенно юноши начинают произвольно «примерять на себя» эти оскорбления. Характерны фантазии о сексуальных унижениях, принуждении к вступлению в гомосексуальную связь в пассивной роли. Такое мнимое – «контролируемое» – унижение субъективно представляется более предпочтительным, чем действительное. Таким образом, у пациентов формируется амбивалентное отношение к гомосексуальным переживаниям. Депрессивные фазы протекали с адинамией, апатией, сопровождались антивитальными и суицидальными мыслями. Их продолжительность существенно уступала продолжительности периодов субдепрессии.

Гипоманиакальные фазы во всех случаях имели короткую или ультракороткую продолжительность, что существенно затрудняло их выявление. При инверсии аффекта на данном этапе происходили существенные изменения клинической картины. В гипоманиакальном состоянии полностью или в значительной степени исчезали внутренний дискомфорт, гомосексуальные переживания и недовольство внешностью, дезактуализировались аутодеструктивные влечения.

На *этапе невротоподобных расстройств с инверсией сексуальной ориентации личности* на фоне продолжающихся биполярных колебаний аффекта возникают разнообразная невротоподобная симптоматика (сенесто-ипохондрическая, обсессивно-компульсивная, дисморфоманическая, дисморфобическая), которая, однако, не достигает синдромального завершения. Явным становится иллюзорно-компенсаторное поведение (алкоголизация, наркотизация, просмотр сериалов, интенсивное использование компьютера и пр.), что обычно становится причиной внутрисемейных конфликтов. Ярко проявляют себя аутодеструктивные влечения. Пациенты могут открыто прибегать к самоповреждению (нанесение порезов, ожогов и т.п.). Трансформируясь под влиянием прогрессирующего психопатологического процесса, гомосексуальные переживания постепенно утрачивают внутреннее сопротивление и приобретают эгосинтоничный характер. Пациенты начинают посещать информационные сайты, форумы, чаты, посвященные вопросам гомосексуальности, искать в них знакомства. Общась в Сети, пациенты получают ранее недоступную для них возможность анонимно поделиться своими переживаниями и зачастую получают в ответ одобрение и поддержку. В процессе интенсивного поиска информации о гомосексуализме пациенты сталкиваются с обширным потоком сведений о различных формах патологии пола, которыми ранее, вероятно, в силу синситивности, не интересовались и о которых зачастую не имели представления. Эта информация удивляет, шокирует своей неординарностью. Во многих случаях, в процессе этого поиска пациенты поочередно относят себя то к одной, то к другой группе до тех пор, пока не сталкиваются с информацией о транссексуализме. Сопоставляя свои переживания с данными из доступных источников, у подростков впервые возникает фантазия о принадлежности к транссексуалам или «трансгендерам». Эта идея удовлетворяет неосознаваемое стремление больных к компенсации прогрессирующего эмоционально-волевого дефицита через трансформацию. Речь идет именно о фантазии, так как на данном этапе пациенты еще осознают существующие несоответствия между собственными переживаниями и описаниями транссексуальных конфликтов. Осознают

они и собственную психическую принадлежность к своему биологическому полу. Однако возникшее влечение к имитации поведения противоположного пола, гомосексуальные влечения в условиях неуклонно нарастающей психопатологии вносят амбивалентность в это осознание и обуславливают стремление к «переносу на себя» уже не гомосексуальных, а транссексуальных переживаний с целью более качественного преодоления фрустрации.

На *этапе паранойяльного полового метаморфоза* подростки начинают открыто заявлять о своей «транссексуальности» в присутствии близких людей, требуя признания за собой права на изменение внешности и образа жизни. При этом даже в отсутствии значимого сопротивления со стороны ближайшего окружения продолжают сохранять свой облик в соответствии с паспортным полом или придерживаются стиля «унисекс». Регулярно заявляя о намерении «изменить пол», пациенты проявляют пассивность в отношении реализации необходимых медицинских и юридических процедур. Ответственность за свою судьбу, в том числе в вопросах изменения пола, больные стремятся переложить на близких, от которых и требуют активных действий. На сопротивление близких своему поведению больные реагируют эксплозивным гневом, угрозами, обвинениями в непонимании, побегами из дома, суицидальными высказываниями и попытками. В некоторых случаях на фоне анестетической субдепрессии возникают утрированная экстраверсия. Сексуальная пассивность, практически полное отсутствие либидо могут сочетаться с внешней половой развязностью. Весьма часто пациенты поддерживают бисексуальные, реже – гетеросексуальные отношения. В этих случаях они позиционируют себя как «трансгендеров, имеющих гомосексуальные отношения», а своих партнеров – как «гомосексуалов» или «лесбиянок».

На *этапе психотической дезорганизации личности* возникает бред полового метаморфоза, связанный с бредом величия, воздействия, сексуального преследования.

Заключение. Таким образом, складывается впечатление, что в формировании гендерной дисфории у больных шизотипическим расстройством участвуют три механизма: психопатологический продуктивный, психопатологический негативный и психологический (включающий мировоззренческий и экзистенциальный). Первые два механизма реализуются в соответствии с синдромкинезом и синдромотаксисом, описанными А.В. Снежневским [1]. Последний, вероятно, имеет связь с фоновыми особенностями полового самовосприятия, а, возможно, и с неявными нарушениями половой идентификации.

Принципиальное отличие психогенеза отвержения пола при РПС и при ТС состоит в том, что ГД при шизофрении всегда возникает вторично по отношению к стремлению к трансформации. Дифференциально-диагностические сложности возникают при дебюте заболевания в пубертате и его прогрессивности параллельно этапам психосексуального развития. При этом чем медленнее происходит прогрессивность заболевания, тем ярче проявляет себя феномен отвержения пола.

Литература.

1. Бухановский А.О. и соавт. Общая психопатология: Пособие для врачей – Ростов н/Д, : Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 1998. – 416 с.: ил.

2. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Журавель А.П. Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов. – Социальная и клиническая психиатрия – М., 2017. – т.27 №4 – стр. 63-69
3. Кулиш С.Б. Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями шизофренического спектра//Российский психиатрический журнал – М., 2009.– №4 – С. 52-58
4. Матевосян С.Н., Введенский Г.Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 400 с.

УДК 159.9

М. Д. Ефремова

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Волгоградский государственный медицинский университет

Кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: д.соц.н., профессор Волчанский М.Е.

В России, как и в большинстве развитых стран мира, инсульт занимает 23 место в структуре причин общей смертности (после заболеваний сердечно-сосудистой системы и онкологических заболеваний). Кроме того, инсульт является основной причиной стойкой инвалидизации, так как более 10 % больных, перенесших его, постоянно нуждаются в посторонней помощи и уходе. К наиболее страшным последствиям, которые вызывает инсульт, относятся расстройства высших психологических функций, а ведь они представляют собой основу сознательной социальной жизни человека [3] [4].

В целом, инсульт, с его тяжелыми последствиями – это актуальная проблема современности.

И не только для человека, перенесшего это заболевание, или людей, окружающих его, или медицины, или экономики государства. Это глобальная проблема, требующая больших усилий для поиска оптимального решения. Инсульт является серьезным нарушением функционирования человека, наносящим удар не только по физическому и интеллектуальному состоянию человека, но и сказывающимся на психологическом состоянии, профессиональной деятельности, взаимоотношениях с другими людьми. Это актуальная проблема, рассмотрение которой необходимо проводить не только с медицинской, но и психолого-социальной и экономической точек зрения [2] [5].

Целью работы является изучение особенностей эмоциональных проявлений людей, перенесших инсульт, в зависимости от их социального, возрастного и образовательного статуса.

Методологической основой исследования являются работы А.Р. Лурия, Л.С. Выготского, Е.И. Гусева, В.И. Скворцовой, а также современные научные статьи из журналов неврологии и психиатрии и оригинальные исследования, проведенные в

рамках исследовательских институтов (Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Кафедра нервных болезней Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова, Отделение реабилитации неврологических больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева).

Методы исследования:

1. Методы сбора эмпирических данных (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS), метод цветовых выборов (модификация восьмицветового теста Люшера Л.Н. Собчик), шкала Гамильтона для оценки депрессии) [6];

2. Методы обработки и интерпретации данных (количественный и качественный анализ).

Было выяснено, что у большинства опрошенных пациентов, находящихся на лечении в неврологическом отделении Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №25 в ходе исследования были выявлены нарушения в эмоционально-волевой сфере, связанные с перенесенным инсультом.

По результатам полуструктурированной беседы, оценка которой проводилась по шкале Гамильтона обнаружено, что у 59% пациентов имеются депрессивные нарушения легкой или средней степени тяжести (соответственно критериям, описанным в шкале Гамильтона). Повышенные показатели по шкале оценки тревожности отмечались у 47% пациентов (HADS).

Результаты обследования трех возрастных групп показали, что по показателям тревожности наибольшее количество результатов, превышающих нормальные значения было получено в возрастной группе от 46 до 65 лет (55% опрошенных). В возрастных группах от 24 до 45 лет и от 66 лет эти показатели составили 53% и 28% соответственно.

По показателям депрессии, выявленных при помощи шкалы HADS наибольший процент превышения нормальных показателей обнаружен в группе от 24 до 45 лет (53% опрошенных пациентов).

По показателям депрессии, выявленных в ходе полуструктурированной беседы, оцениваемой по шкале Гамильтона, наибольшее количество результатов, превышающих нормальные показатели отмечено в возрастной группе от 24 до 45 лет (60% опрошенных).

В ходе беседы с пациентами неврологического отделения было выявлено, что около 70% пациентов в возрасте от 24 до 45 лет высказывают жалобы на свою зависимость от других людей, страх полной потери работоспособности. Около 30% респондентов высказывали мысли о своей виновности, о том что «они подвели других». Необходимость длительного периода восстановления и реабилитации вызывала у этой категории пациентов депрессивные, ипохондрические и апатические реакции, пессимистические прогнозы лечебной и жизненной перспективы. Главной особенностью и возможной причиной подобных реакций на ситуацию болезни является социальный статус пациентов данной возрастной группы. Эти люди в большинстве своем играют активную социальную роль, 30% из них занимают высокие должностные посты, 90% пациентов необходимо материально содержать семью. Для группы пациентов в возрасте от 46 до 65 лет были так же характерны многие

высказывания и показатели, отмеченные в младшей возрастной группе. В этой группе отмечены более низкие показатели по шкалам тревожности и депрессии, т.к. около 50% респондентов этой группы находятся в пенсионном возрасте и уже не выполняют активную социальную функцию. Эта категория пациентов несколько легче воспринимала ситуацию болезни, но показатели шкал все равно превышают норму, принятую в данных методиках оценивания уровня тревожности и депрессии. Для этих пациентов в силу возраста основной особенностью стало понимание того, что они постепенно утрачивают свою социальную роль, осознание того, что они уже не способны функционировать на прежнем уровне. Для старшей возрастной группы респондентов (от 66 лет) характерны наиболее высокие показатели депрессии по шкале Гамильтона, выявленные в ходе полуструктурированной беседы. Несмотря на то, что процент превышения показателей по этой шкале в данной возрастной группе несколько ниже, чем в других (47%), средние групповые значения гораздо выше. Связано это с тем, что инсульт, перенесенный в пожилом возрасте наносит более серьезный ущерб по общим показателям функционирования человека, а так же со сниженными показателями возможностей восстановления. Так же около 40% респондентов данной возрастной категории перенесли повторный инсульт. В ходе беседы пациенты высказывали переживания относительно страха остаться в одиночестве и того, что их не навещают родственники. Так же некоторые из них утверждали, что основное внимание лечащих врачей было направленно именно на пациентов младшего возраста в силу их больших восстановительных возможностей. Для пациентов этой группы были характерны опасения относительно своей беспомощности и бесперспективности дальнейшей реабилитации, что может очень сильно повлиять на структуру и характер семейных отношений, сделать их «обузой» для семьи.

Вывод.

Наличие у пациентов сосудистого центра преморбидных аффективных расстройств значительно ограничивает их активность в повседневной жизни и утяжеляет течение болезни, сопутствующей соматической патологии, увеличивает восстановительный период. Было выяснено, что немаловажную роль в возникновении и развитии подобных реакций играет социальный статус человека, уровень его образования, сфера профессиональной деятельности, возраст и семейное положение. Оценка психических особенностей лиц, перенесших инсульт в ранний восстановительный период является необходимым, но зачастую не выполняемым условием реабилитации пациентов.

Литература.

1. Гусев, Е.И., Бурд, Г.С., Коновалов, А.Н. Неврология и нейрохирургия. / Коновалов А.Н, Демиденко Т. Д.// М.: Медицина, 2000. — С.212.
2. Гусев, Е.И., Скворцова, В.И. Современные представления о лечении острого церебрального инсульта / Вахнина Н.В. // Consilium Medicum. —Том 2. — №2, 2000. — С.82.
3. Дюкова, Г.М., Вейн, А.М., Вознесенская, Т.Г. Депрессия в неврологической практике/ Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. // М: Гуманитарное издательство ВЛАДОС, 2002. — №5. — С.212.

4. Ермакова, Н.Г., Докиш, Ю.М. Особенности деятельности психолога в стационарном реабилитационном центре / Демиденко Т. Д., Ермакова Н.Г. // Деятельность психолога в службе медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов. М., 2002. — С.136.
5. Захаров, В.В., Вахнина, Н.В. Особенности ведения пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями / Вахнина, Н.В. // Атмосфера. Нервные болезни. — СПб., 2011 — С. 14-20.
6. Клорнетов, С.Г., Катаев, А.Ю., Левина, А.Ю. Клинико-лабораторная диагностика органических и депрессивных психических расстройств постинсультных больных / Катаева Н.Г., Корнетов Н.А., Катаев С. Г.// Российский психиатрический журнал. — №13. — Новосибирск, 2005. — С. 9-12.

УДК 159.942.5

А. А. Жидкова, В. В. Болучевская

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Введение. Охрана репродуктивного здоровья женщин является одним из приоритетных направлений современного российского здравоохранения и практической медицины [4]. Очевидно, что женщины с гинекологической патологией имеют определенные личностные характеристики, которые отличают их от здоровых женщин [5]. Некоторые исследования показывают, что сфера эмоций гинекологических больных характеризуется в большей степени негативным эмоциональным фоном. Психосоматический аспект заболевания заключается в смещении акцента в эмоциональном реагировании с внутренних конфликтов на соматические ощущения. В связи с чем, происходит сглаживание межличностных проблемных ситуаций и усиление проявления негативных эмоций по поводу заболевания [1,3].

Цель: изучение особенностей эмоционально-личностной сферы женщин, страдающих гинекологической патологией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 29 женщин с заболеваниями репродуктивной системы (гематома наружных половых органов, киста бартолиновой железы, дисплазия шейки матки, воспаление яичников, сальпингит, киста яичника, нарушение менструального цикла, полип эндометрия, эндометриоз). Для достижения поставленной цели применялись следующие методики: методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга, адаптированная Т.Н. Балашовой, методика оценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным. Анализ полученных результатов проводился с помощью компьютерной программы для статистической обработки данных (SPSS).

Результаты и обсуждение. Данные, полученные по результатам «Шкалы самооценки депрессии Зунга» свидетельствуют о том, что у 86% женщин выявлено нормальное состояние и только у 14% отмечается легкий уровень депрессии. Важно отметить, что 2 из них имеют дисплазию шейки матки, это очень опасная патология,

которая является предраковым состоянием. Для 2 других женщин в день психологического обследования, были назначены операции по удалению кисты, что также могло повлиять на их выбор ответов.

Показатели уровня реактивной тревожности по методике Спилбергера получены следующие: 41% опрошенных испытывают сильно выраженную ситуативную тревогу, для них характерны неуверенность в своих возможностях, сильное беспокойство по поводу вероятных неудач, чувство внутреннего напряжения, нервозность и скованность; умеренный уровень тревожности обнаружен у 52% женщин, они отличаются некоторым беспокойством, но в знакомой обстановке активны и уверены; лишь 7% женщин с патологией имеют низкий уровень реактивной тревожности, что характеризует их как более оптимистично настроенных, уверенных в себе, успешно справляющихся с различными препятствиями, довольными своим состоянием.

При этом наиболее выраженное состояние ситуативной тревожности характерно для женщин с такими заболеваниями как эндометриоз и дисплазия шейки матки. Это может быть связано с опасениями о возможных осложнениях этих патологий. Так, тяжелым последствием эндометриоза является бесплодие, которое возникает более чем у 60% больных. По данным медицинской статистики, эндометриоз определяется в каждом втором случае женского бесплодия [2]. Дисплазию шейки матки относят не просто к патологиям половой системы, а к предраковым состояниям. Опасность его в том, что под часто невыраженной симптоматикой, кроется потенциальная опасность и высокий риск образования рака шейки матки.

По результатам исследования уровня личностной тревожности по методике Спилбергера оказалось, что для 48% женщин характерен высокий уровень личностной тревожности, это описывает их, как эмоционально нестабильных, не уверенных в себе, ранимых и впечатлительных, сильно зацикленных даже о незначительных неудачах; 48% имеют умеренно выраженную личностную тревожность, они более уравновешены и уверены в своих силах, но испытывают волнение и напряжение в сложных ситуациях; низким уровнем тревожности обладают всего 4% больных женщин, они отличаются коммуникабельностью, легко вступают в контакт, активны, жизнерадостны, охотно включаются в новую деятельность, имеют высокую самооценку.

Можно отметить, что опять наиболее выражена тревога у женщин с эндометриозом, дисплазией шейки матки и кистой яичника.

Статистический анализ данных показал слабую связь между уровнями депрессии и тревожности ($p=619$ и $p=889$, при уровне значимости $p=0,01$).

Таким образом, по результатам исследования видно, что при нарушении в гинекологической сфере тревожные расстройства представлены чаще, чем депрессивные.

Выводы.

3. В ходе исследования у обследуемых женщин были выявлено преобладание тревожности над депрессией.

4. Наиболее выраженные тревожно-депрессивные нарушения характерны для женщин с эндометриозом и дисплазией шейки матки.

Литература.

1. Волчанский, М.Е., Деларю, В.В., Болучевская, В.В. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы // Вестник ВолГМУ. – 2012. – №2 (42). – С.3-5.
2. Даубасова, И.Ш., Эндометриоз как частая патология в гинекологии // Вестник КазНМУ. – 2013. – №3-2. – С. 13-14
3. Лазарева, Е.Ю. Эмоциональные и поведенческие характеристики женщин с заболеваниями репродуктивной сферы // Акмеология: личностное и профессиональное развитие человека: материалы VI Международной научной заочной конференции. – 2011. – №3. – С. 597-598.
4. Ларина, Д.М., Шляпников, М.Е. Практический анализ психосоматического состояния пациенток с сочетанной доброкачественной пролиферативной и инфекционно-ассоциированной невоспалительной патологией репродуктивной системы // Известия Самарского научного центра РАН. – 2015. – №2-2. – С. 337-340.
5. Филиппова, Г.Г. Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. – 2010. – №1. – С. 101-119

УДК 159.942

К. А. Закураева

ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ МВД

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: доцент кафедры общей и клинической психологии ВолГМУ,
кандидат психологических наук Н.Г. Туровская

Введение. Проблема стрессоустойчивости в различных профессиях с давних пор привлекала внимание психологов. Существует целый ряд профессий, в которых человек начинает испытывать чувство внутренней эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с другими людьми [4]. Специалист, несущий бремя груза общения, вынужден постоянно находиться в атмосфере чужих отрицательных эмоций, служить утешителем или мишенью для раздражения и агрессии. Человек не может оставаться равнодушным к проявлениям эмоций со стороны окружающих, он как бы заражается ими. Следствием всего этого может являться помимо собственного ухудшения здоровья человека еще и стойкое снижение результативности его работы [2]. Изучение синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности сотрудников министерства внутренних дел (МВД) особенно актуально в период проведения реформ системы МВД, которые приводят к интенсификации профессиональной деятельности [1,3].

Цель: изучить степень выраженности феномена «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности сотрудников МВД в зависимости от влияния различных организационных факторов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие сотрудники двух из подразделений МВД в возрасте от 20 до 55-ти лет (32 чел.). Использовались следующие методики: «Анкетный опрос состояния морально-психологического климата»

разработанный МВД РФ; опросник «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко; «Опросник на «выгорание» (МБИ)», адаптированный Н.Е. Водопьяновой.

Результаты и обсуждение. Методом анкетного опроса было проведено изучение состояния морально – психологического климата в коллективе. В сфере отношения к коллегам по службе было выявлено, что среди личного состава отдела преобладает оптимизм, активность, сотрудники интересуются жизнью подразделения. 43% респондентов отмечают комфортный климат в отделе. Между сотрудниками налажено деловое взаимодействие, при этом они отмечают низкий уровень проведения досуга в отделе. Коллектив очень консервативен и отрицательно относится к различным новациям. В сфере отношения к руководителю сотрудники отмечают высокий уровень стимулирования их профессиональной деятельности со стороны начальника отдела, который умеет аргументировать свои приказы и распоряжения, является примером для большинства своих подчиненных, но при этом не всегда способен к сопереживанию и сочувствию. 28% отмечают неумение находить индивидуальный подход к подчиненным. В связи с этим в 50% случаях начальник отдела не может добиться беспрекословного поведения сотрудников подразделения, также 39% указывают на склонность своего руководителя к грубости. При этом 64% сотрудников отмечают четкость позиции своего руководителя и устойчивость своих взглядов на складывающуюся ситуацию. По мнению личного состава – авторитет непосредственного руководителя немного снижен, также у сотрудников не в полной мере проявляется уважительное отношение к своему руководителю. В целом личный состав подразделения отмечает хорошее взаимодействие с офицерским составом отдела. В сфере отношения к служебной деятельности личный состав подразделения в целом доволен своей профессиональной деятельностью. Однако данный показатель составляет средние значения по своим параметрам, т.к. 28% сотрудников не представляют возможности своего карьерного роста, сменили бы свое место работы, если бы представилась хорошая возможность (по мнению респондентов, нуждами сотрудников никто не интересуется).

Исследование уровня эмоционального выгорания (методика В.В. Бойко) показало, что наибольшее количество сотрудников находится в фазе «истощение» (43%), 14% – в фазе «резистенция», 28% – в начальной фазе («напряжение»). Среди доминирующих симптомов на стадии «напряжение» выявлены: «неудовлетворенность собой», для которой характерны сниженная самооценка, ощущение беспомощности; «тревога и депрессия», включающие в себя повышенную, часто беспочвенную тревогу, подавленность, апатию, отсутствие интереса к жизни. На стадии «резистенция» – доминирующими симптомами являются «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», что означает неадекватную экономию на эмоциях, ограниченную эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования, сторонние наблюдатели при этом обычно фиксируют эмоциональную черствость, неучитывость, равнодушие и «Эмоционально-нравственная дезориентация», что выражается в потребности в самооправдании, вытеснении из сознания неприятных фактов. Эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства. На стадии «Истощение» доминирующими симптомами выступили «Эмоциональная отстраненность» (реагирование без чувств и эмоций) и «Личностная отстраненность

(деперсонализация)», проявляющаяся полной или частичной утратой интереса к людям. Люди тягостят своими проблемами, их присутствие и сам факт существования неприятны. Возникает защитный эмоционально-волевой антигуманистический настрой.

Анализ ответов испытуемых по методике «Опросник на «выгорание» (MBI)», показал, что у 43% сотрудников (шкала «эмоциональное истощение») выражено эмоциональное истощение, это говорит о том, что для них характерен процесс истощения эмоциональных, физических и энергетических ресурсов. Сниженный эмоциональный фон, эмоциональное перенасыщение. Истощение проявляется в хроническом эмоциональном и физическом утомлении, эмоциональной пустоте, равнодушии и холодности по отношению к окружающим с признаками депрессии и раздражительности. На межличностном уровне имеет место психическое истощение, раздражительность, агрессивность, повышенная чувствительность к оценкам других. На личностном уровне – пониженная эмоциональная толерантность, тревожность. На мотивационном уровне – нежелание идти на работу, желание скорее окончить рабочий день, появление прогулов. У 28% респондентов (шкала «деперсонализация») присутствует повышение зависимости от других или повышенный негативизм, циничность установок и чувств по отношению к реципиентам. Личностное отдаление проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, появлении чувства раздражительности и нетерпимости в ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям, нежелании контактировать с людьми, включаться в их проблемы, циничное, негативное отношение к ним. Стремятся рассматривать окружающих как глупых и бесчувственных объектов, которые полностью виноваты в том, что испытывают какие-либо трудности в жизни. Равнодушие к их проблемам часто сопровождается полным отсутствием интереса к мнениям окружающих о своей собственной личности. Наконец, согласно результатам по шкале «редукция личных достижений» у 17% участников исследования наблюдается негативная оценка себя, своих профессиональных достижений и успехов, служебных достоинств и возможностей. В общем, полученные результаты свидетельствуют о доминировании у респондентов фазы «истощение», которая рассматривается как основная составляющая эмоционального выгорания.

Выводы. Доминирующая часть сотрудников МВД отмечают комфортный психологический климат в отделе, однако, выражают недовольство уровнем проведения своего досуга. Также большинство респондентов отмечают грубое отношение со стороны руководителя отдела, неспособность проявлять сопереживание и сочувствие, находить индивидуальный подход к подчиненным. Наконец, часть опрошенных сменили бы свое место работы, если бы представилась хорошая возможность, т.к. по их мнению, нуждами сотрудников никто не интересуется.

Отмечено, что для большинства исследуемых характерны первая («напряжение») и третья фазы эмоционального выгорания («истощение»). При этом доминирующими симптомами на стадии «напряжение» для них являются сниженная самооценка, ощущение беспомощности и недовольства собой, повышенная, часто беспочвенная тревога, подавленность, апатия, отсутствие интереса к жизни. На стадии

«истощение» – реагирование без чувств и эмоций, полная или частичная утрата интереса к людям.

Литература.

1. Кононова, М.А., Ичитовкина, Е.Г., Злоказова, М.В., Соловьев, А.Г. Эмоциональное выгорание сотрудников, замещающих должности старшего начальствующего состава органов внутренних дел / М.А. Кононова, Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2017. – №1 (68). – С. 33-36.
2. Ронгинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях /Т.И. Ронгинская // Психологический журнал. 2002. – №3. – С. 85-95.
3. Уразаева, Г. И. Профессиональная деформация сотрудников полиции в аспекте эмоционального выгорания: социально-психологические условия, механизмы, особенности, факторы / Г.И. Уразаева // Вестник Казанского юридического института МВД России. – 2014. – №2 (16). – С. 14-20.
4. Церковский, А. Л. Современные взгляды на проблему стрессоустойчивости / А.Л. Церковский // Вестник ВГМУ. – 2011. – №1. – С. 6-19.

УДК 159.942

К. А. Закураева

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ ЛИЧНОСТИ С АКТИВАЦИЕЙ И МОТИВАЦИЕЙ СОТРУДНИКОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: доцент кафедры общей и клинической психологии ВолГМУ,
кандидат психологических наук Н.Г. Туровская

Введение. Проблема мотивации с давних пор привлекала внимание психологов. Так как мотивацию составляют побуждения, вызывающие активность организма и определяющие ее направленность. Осознаваемые или неосознаваемые психические факторы, побуждающие индивида к совершению определенных действий и определяющие их направленность и цели. В широком смысле термин используется во всех областях психологии, исследующих причины и механизмы целенаправленного поведения человека и животных. [1,3]. Выполнение деятельности и достижение успеха, кроме наличия у человека мотивации достижения, зависит и от уровня его тревожности. Согласно Д. Аткинсону, «...в основе тенденции избегания лежит страх испытуемого перед возможной неудачей в предстоящей деятельности, и это переживание порождает определенный уровень тревожности, прямо коррелирующий с силой мотива избегания, а если испытуемый вообще склонен к тревоге, то мотив избегания является для него привычным и преобладающим над мотивом достижения» [2,4].

Цель: исследовать уровень тревожности личности в его взаимосвязи с показателями адаптивных способностей, агрессии и враждебности, нервно-психической напряженности, эмоционального выгорания, мотивации к успеху и избеганию неудач, а также ценностными ориентациями.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие сотрудники двух из подразделений МВД в возрасте от 20 до 55-ти лет (32 чел.). Использовались следующие методики: «Шкала реактивной и личностной тревожности», МЛО «Адаптивность», «Диагностика уровня эмоционального выгорания», НПП, «Диагностика уровня агрессивности», «Ценностные ориентации», «Мотивация к успеху», «Мотивация к избеганию неудач». Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере в статистической программе SPSS v 14.0 с использованием критерия Стьюдента. При значениях $p < 0,05$ различия считались достоверными и при $p < 0,01$ высоко достоверными.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование позволило выявить следующее. Низкие значения по шкале реактивная тревожность продемонстрировали 40% респондентов. В группу сотрудников с нормальным уровнем реактивной тревожности вошли 53% обследуемых. Высокий уровень реактивной тревожности свойственен 7% сотрудников, что указывает на наличие у них состояния напряженности и беспокойства в момент проведения исследования. 23% респондента от общего числа обследуемых характеризуются низким уровнем личностной тревожности, 26%, напротив, составили в группу сотрудников с высокой личностной тревожностью. Характерной особенностью членов данной группы является склонность воспринимать ряд стрессовых ситуаций как угрожающих для них.

Исследование уровней ситуативной (реактивной) и личностной тревожности позволило выявить различия в данных показателях у выборки мужчин и выборки женщин.

Таблица 1

Различия в средних значениях показателей по методике «Ситуативная и личностная тревожность»

Переменная	Среднее значение		Ст. откл.		Ст. ош. ср.		t - критерий равенства средних			
							t		2-сторонняя значимость	
	М (N-133)	Ж (N-36)	М	Ж	М	Ж	Предп. рав. дисперсий	Не предп. рав. дисперсий	Предп. рав. дисперсий	Не предп. рав. дисперсий
Ситуативная тревожность	31,68	36,06	6,96	8,35	0,60	1,39	-3,42	-3,08	0,001	0,003
Личностная тревожность	35,77	43,08	7,54	8,92	0,65	1,38	-5,05	-4,78	0,001	0,001

Так, уровень ситуативной (реактивной) тревожности у женщин выше, чем у мужчин. То же самое можно сказать и об уровне личностной тревожности. Выборка женщин демонстрирует более высокие показатели по данному параметру, чем выборка мужчин. Таким образом, можно сделать вывод, что обследуемым женщинам более свойственны состояния напряжения, беспокойства, озабоченности в разнообразных жизненных ситуациях.

В ходе корреляционного анализа показателей тревожности личности сотрудников МВД с показателями адаптивных способностей, агрессии и враждебности, нервно-психической напряженности, эмоционального выгорания, мотивации к успеху и

избеганию неудач, ценностными ориентациями были получены следующие результаты. Ситуативная тревожность зависит от личностной тревожности ($r = 0,66$ при $p < 0,01$), обиды ($r = 0,24$ при $p < 0,01$), неудовлетворенности собой ($r = 0,33$ при $p < 0,01$), косвенной агрессии ($r = 0,26$ при $p < 0,01$), симптомов эмоционального выгорания «загнанность в клетку» ($r = 0,45$ при $p < 0,01$), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» ($r = 0,36$ при $p < 0,01$), «эмоционально-нравственная дезориентация» ($r = 0,32$ при $p < 0,01$), «редукция профессиональных обязанностей» ($r = 0,33$ при $p < 0,01$), «психосоматические и психовегетативные нарушения» ($r = 0,31$ при $p < 0,01$), раздражения ($r = 0,29$ при $p < 0,01$), негативизма ($r = 0,24$ при $p < 0,01$), «переживание психотравмирующих обстоятельств» ($r = 0,25$ при $p < 0,01$), «эмоциональный дефицит» ($r = 0,3$ при $p < 0,01$), «эмоциональная отстраненность» ($r = 0,2$ при $p < 0,01$), «деперсонализация» ($r = 0,23$ при $p < 0,01$), фаз эмоционального выгорания «Напряжение» ($r = 0,4$ при $p < 0,01$), «Резистенция» ($r = 0,47$ при $p < 0,01$), «Истощение» ($r = 0,37$ при $p < 0,01$) и отрицательно связана с адаптивными способностями ($r = -0,34$ при $p < 0,01$), нервно-психическая устойчивость ($r = -0,28$ при $p < 0,01$), мотивацией к успеху ($r = -0,33$ при $p < 0,01$), ценностной ориентацией на материальную обеспеченность ($r = -0,31$ при $p < 0,01$), коммуникативными особенностями ($r = -0,28$ при $p < 0,01$). Высокий уровень ситуативной тревожности положительно коррелирует с ценностью развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование).

Чем выше у сотрудника МВД ситуативная тревожность ($r = 0,66$ при $p < 0,01$), косвенная агрессия ($r = 0,34$ при $p < 0,01$), раздражение ($r = 0,4$ при $p < 0,01$), обида ($r = 0,38$ при $p < 0,01$), негативизм ($r = 0,28$ при $p < 0,01$), чувство вины ($r = 0,25$ при $p < 0,01$), тем более сотрудник склонен к личностной тревожности. Личностная тревожность также зависит от таких симптомов эмоционального выгорания, как «переживание психотравмирующих обстоятельств» ($r = 0,36$ при $p < 0,01$), «неудовлетворенность собой» ($r = 0,33$ при $p < 0,01$), «загнанность в клетку» ($r = 0,37$ при $p < 0,01$), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» ($r = 0,4$ при $p < 0,01$), «расширение сферы экономики эмоций» ($r = 0,42$ при $p < 0,01$), «редукция профессиональных обязанностей» ($r = 0,37$ при $p < 0,01$), «эмоциональный дефицит» ($r = 0,32$ при $p < 0,01$), «тревога, депрессия» ($r = 0,26$ при $p < 0,01$), «эмоционально-нравственная дезориентация» ($r = 0,24$ при $p < 0,01$), «эмоциональная отстраненность» ($r = 0,2$ при $p < 0,01$), «деперсонализация» ($r = 0,3$ при $p < 0,01$), «психосоматические и психовегетативные нарушения» ($r = 0,3$ при $p < 0,01$), а также фаз эмоционального выгорания «Напряжение» ($r = 0,45$ при $p < 0,01$), «Резистенция» ($r = 0,5$ при $p < 0,01$), «Истощение» ($r = 0,4$ при $p < 0,01$). Сотрудник, характеризующийся высокой личностной тревожностью, ориентирован на наличие хороших и верных друзей ($r = 0,26$ при $p < 0,01$), работу над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование ($r = 0,21$ при $p < 0,01$), смелость в отстаивании своего мнения, взглядов ($r = 0,67$ при $p < 0,01$). Чем выше развиты адаптивные способности ($r = -0,4$ при $p < 0,01$), коммуникативные особенности ($r = -0,42$ при $p < 0,01$), сильнее нервно-психическая устойчивость ($r = -0,38$ при $p < 0,01$), мотивация к успеху ($r = -0,31$ при $p < 0,01$), тем ниже уровень личностной тревожности.

Также, чем сильнее выражена направленность сотрудника МВД на такие ценности, как материально обеспеченная жизнь ($r = -0,21$ при $p < 0,01$), терпимость ($r = -0,22$ при $p < 0,01$), широта взглядов ($r = -0,23$ при $p < 0,01$), тем ниже личностная тревожность.

Выводы. Таким образом, высокий уровень ситуативной и личностной тревожности сотрудников органов внутренних дел связан с проявлениями агрессии и враждебности, сформированностью фаз эмоционального выгорания и доминированием тех или иных его синдромов, а также наличием ряда ценностей (развитие, наличие верных друзей и др.).

Низкий уровень ситуативной и личностной тревожности отрицательно связан с адаптивными способностями, мотивацией к успеху, ценностными ориентациями на материальную обеспеченность, развитие терпимости и расширение знаний.

Литература.

1. Головин С.Ю. (2001) Словарь психолога-практика, Минск, 975 с.;
2. Психологическая диагностика. (2003) Под ред. Акимовой М.К., Гуревича К.М., Изд-во «Питер», 650 с.;
3. Хрестоматия. Тревога и тревожность. (2001) Под ред. Астапова В.М., изд-во «Питер», 247 с.
4. Якуб А. С., Абеите Л. Л., Ширяев Д. А. Связь тревожности с мотивацией достижения успеха и избегания неудач (женский аспект проблемы) // Молодой ученый. — 2011. — №9. — С. 174-180. — URL <https://moluch.ru/archive/32/3664/> (дата обращения: 09.05.2018).

УДК 159.922

Н. М. Захарова

ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ НА СТРЕСС ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ

Отдел неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях.

В мире происходит все больше чрезвычайных ситуаций (природные катаклизмы, и техногенные аварии, войны и терроризм), психологические последствия которых, в том числе благодаря СМИ, охватывают все большее число людей. И пожилые люди становятся одной из наиболее тяжело страдающих групп населения. Тяжесть реакции на стресс у человека пожилого и старческого возраста связана с физиологическим старением многих систем организма, а также изменением условий существования. Отмечается значительное уменьшение пластичности нервной и эндокринной систем, что приводит к более тяжелой переносимости организмом как физических, так и психологических внешних воздействий [1,2].

Во многих случаях сам факт старения и целый ряд сопутствующих ему сложных жизненных ситуаций, таких как утрата близких, выход на пенсию, изменение стереотипа жизни и возникшие финансовые трудности, развитие недугов и болезней, страх перед будущим и осознание неизбежности приближающейся смерти, создают условия для нарушения адаптации человека.

Многолетний опыт участия сотрудников Отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях в ликвидации последствий различного рода ЧС (террористические акты, техногенные и природные катастрофы, военные действия) позволяет говорить, что острая реакция на стресс у пожилых и престарелых пострадавших в ЧС протекает более тяжело.

По мнению различных авторов [3-5] и нашим наблюдениям, особое внимание необходимо уделять пожилым пострадавшим, потерявшим детей и/или внуков. Им свойственно сверхтяжелое психоэмоциональное состояние с выраженным чувством несправедливости в связи с тем, что погиб их ребенок или их внук, а они сами остались живы, отсутствием смысла дальнейшей жизни, высоким риском суицидальных тенденций, зачастую проявляющихся не явно, а в виде отказа от помощи, приема лекарств, еды и питья. Возможны также проявления галлюцинаций: они будто бы слышали голоса погибших внуков, видели свою погибшую дочь или сына и т.д. Часть пострадавших (преимущественно мужчины) демонстрировали агрессию и раздражение по отношению к специалистам служб быстрого реагирования, которые «не смогли спасти» их детей. Со стороны пожилых женщин агрессивные тенденции проявлялись по отношению к врачам и психологам, старавшимся их успокоить и оказать помощь. Они заявляли, что у них огромное горе, это наказание за грехи, нет смысла жить дальше и, соответственно, принятие помощи для облегчения состояния считали неприемлемым. Выраженность симптоматики зависела от того, насколько тесной была эмоциональная связь с погибшим. Острота проявлений горя при потере родителей или супруга была несколько менее значительной, поскольку такая потеря воспринималась более естественной, позволяющей исполнять все ритуалы, хранить память о погибшем и заботиться о его почитании.

Психоэмоциональное состояние пожилых пострадавших осложнялось тем, что у них после получения известия о смерти близкого отмечались обострения соматических заболеваний. В нашей практике (Беслан, Крымск) было несколько случаев, когда пожилые мужчины, которые до трагедии, по словам родственников, отличались бодростью и здоровьем, умирали в короткие сроки после похорон погибших. Опыт показал необходимость подворовых (поквартирных) обходов пострадавших семей с целью выявления престарелых родственников погибших и оказания им медико-психологической помощи, при необходимости — вплоть до недобровольной госпитализации. Патронаж родственников погибших в течение месяца после ЧС, позволяет своевременно диагностировать соматические и психические расстройства и оказать необходимую помощь.

Опыт работы в районах стихийных бедствий на пунктах временного размещения и в лагерях беженцев выявил, что на пожилых людей значительное воздействие оказывает не только смерть близких, но и потеря имущества и необходимость смены места жительства.

При эвакуации пострадавших из районов затопления (Хабаровский край), были нередки случаи, когда вполне самостоятельные старики, жившие отдельно, державшие скотину, прекрасно справлявшиеся со своим хозяйством, в чрезвычайной ситуации оказывались абсолютно беспомощными. Их находили в полузатопленных домах, лежащих в мокрой одежде в мокрой кровати, они пребывали в полной растерянности,

не могли понять, что происходит, оценить опасность, не покидали пределов двора, дома, кровати. Встречалась и другая категория – те, кто наотрез отказывался покидать свое подворье, они не могли трезво оценить опасность, беспокоились больше о животных и имуществе, нежели о своей жизни и их приходилось эвакуировать практически насильно.

Опыт работы в пунктах временного размещения (Осетия, Крымск, Ростовская обл.) показал, что за пожилыми людьми необходим особый присмотр. Попав в незнакомое место, старики часто с трудом называли свои имя и фамилию, плохо ориентировались в помещении, особенно если там было много людей. Они блуждали по помещению, не могли запомнить свое место, найти туалет, пункт приема пищи и т.д., путали родственников с незнакомцами. Нередко они утрачивали потребность в еде и питье, в связи с чем приходилось неоднократно напоминать, организовывать и контролировать дополнительную возможность питания. Необходимо было оказывать помощь при заполнении документов, разъяснять смысл информации. При получении гуманитарной помощи наблюдались случаи, когда пожилые люди становились совершенно беспомощными при выборе продуктов и предметов первой необходимости, выбирали одежду, не подходящую им по возрасту и размеру (были случаи, когда старушки набирали ползунки и распашонки, вместо взрослой одежды). В пунктах временного размещения беженцев в Ростовской области нередко наблюдались случаи, когда старики, попав в ситуацию необходимости совместного проживания на ограниченном пространстве, резко меняли свое поведение, становились раздражительными, агрессивными по отношению к родным, вели себя неадекватно, теряли навыки опрятности, отказывались выходить из помещения. Родные жаловались, что не узнают их, старались положить в больницу, однако по психическому статусу показаний к госпитализации было недостаточно. В таких случаях необходимо дополнительно проводить работу с родными пострадавших стариков, разъяснять, что данные проявления временны, а их престарелым родственникам требуются понимание и уход.

Таким образом, опыт работы по ликвидации последствий различных чрезвычайных ситуаций показал, что при организации помощи пострадавшим, людям пожилого и старческого возраста необходимо уделять особое внимание. Такие факторы как ухудшение здоровья и обострение хронических заболеваний, снижение подвижности, остроты зрения и слуха, ограниченный доступ к ресурсам здравоохранения, низкий экономический и социальный статус, характерные для пожилых людей, отрицательно влияют на степень риска, перед которым они оказываются в чрезвычайной ситуации. Учет этих факторов, а также особенностей реагирования на стресс, может способствовать выявлению пожилых людей из группы риска развития психических расстройств как во время, так и после разрешения чрезвычайной ситуации, что, в свою очередь, позволит оптимизировать организацию и оказание им медико-психологической помощи.

Литература

1. Трифонов Е. Г. Клинические и социальные аспекты психической патологии позднего возраста и принципы организации геронтопсихиатрической помощи // Автореф. дисс. ... доктора медицинских наук. Москва, 1999г.

2. Марцинковская Т.Д. Особенности психического развития в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. М., 1999, № 3, С. 13-17.

3. Онищенко Н. В. Особенности психоэмоционального состояния пострадавших, переживших потерю ребенка вследствие чрезвычайной ситуации. // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2014. Вып. 4(20). С. 64-70.

4. Бедина И. А. Оказание медико-психологической помощи женщинам, подвергшимся воздействию длительного стресса (террористический акт в г. Беслане) // Российский психиатрический журнал. 2008. №3. С. 59-64.

5. Отрадинская В. В. Социально-психологические особенности переживания и совладания с ситуацией потери ребенка в террористическом акте: на примере матерей Беслана: дис. ... канд. психол. наук. М., 2011. 275 с.

УДК 159.922

А. В. Зуб, К. Г. Петрова, С. А. Саргсян

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НА ПРИМЕРЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских болезней педиатрического факультета
Научный руководитель: к.м.н., доцент Никифорова Е.М.

Детский возраст является периодом становления личности, хронические заболевания оказывают влияние не только на течение заболевания, но и на поведение ребенка[1]. При острых заболеваниях на первый план выступают лабораторные показатели, а при хронических, актуальность приобретают компоненты и медицинские и социальные, которые опрееляют не только прогноз заболевания, но и определяют дальнейшую социальную адаптацию ребенка. Сахарный диабет – заболевание, у которого имеются свои неотъемлемые атрибуты заболевания, жизненно необходимые для пациента – шприц-ручки и помповые дозаторы, требующие определенного внимания, как со стороны ребенка, так и со стороны законного представителя. Ощущение собственной непохожести из-за данного заболевания нередко снижают качество жизни детей-инвалидов, способствуют формированию комплекса неполноценности, акцентуации на своем состоянии и являются причинами частых, порой серьезных нарушений эмоциональной сферы, которые усугубляют тяжесть течения заболевания[2]. Наличие тревожно-депрессивного состояния у больных СД 1 типа существенно утяжеляет течение данного заболевания [1], и тем самым препятствует достижению компенсации заболевания [3]. Показано, что безучастное отношение пациента к лечению, связанное с различными психологическими проблемами, препятствует достижению наилучших параметров метаболического контроля [3].

Цель: изучить особенности психоэмоционального статуса у детей с СД 1 типа на различных способах доставки инсулина.

Материалы и методы. Диагностика эмоционально-волевой сферы у наблюдаемых детей осуществлялась проспективно с применением теста Дж. Тейлора, адаптация Т. А. Немчинова (тест на определение уровня личностной тревоги). В исследовании участвовало 86 пациентов, болеющих СД 1 типа – 43 ребенка

находящихся на заместительной инсулинотерапии по интенсифицированной (базисно-болюсной) схеме в режиме ежедневных многократных инъекций посредством инсулиновых шприц-ручек, и 43 ребенка использующих в качестве доставки инсулина инсулиновый дозатор — помпу.

Результаты и обсуждение. Было сформировано 2 группы пациентов в зависимости от способа доставки инсулина. Первую группу (n=34) составили пациенты, находящиеся на способе доставки инсулина посредством шприц-ручек, средний возраст - $10,2 \pm 1,1$ лет, а продолжительность болезни $2,5 \pm 0,5$ года, время использования шприц-ручек $2,5 \pm 0,5$ года. Вторую группу (n=33) составили дети, использующие помпу, как способ доставки инсулина, средний возраст - $12,2 \pm 1,2$ года, а продолжительность болезни $2,5 \pm 0,7$ лет, время пребывания на помпе $2,5 \pm 0,5$ года.

В 1 группе, где средняя суточная доза инсулина – 0,80 Ед/кг, а HbA1c 7,9 ммоль/л наблюдались следующие показатели: высокий уровень тревоги (УТ) был выявлен у 3 человек (8,8 %), у этих пациентов средняя суточная доза инсулина 1,3 Ед/кг, а HbA1c 9,5 ммоль/л, у 25 человек (73,5%) – средний УТ, а средняя суточная доза инсулина составила 0,76 Ед/кг, HbA1c 7,7 ммоль/л. У 6 пациентов (17,6%) низкий УТ ассоциирован с средней суточной дозой инсулина 0,54 Ед/кг, а HbA1c 6,4 ммоль/л.

Во 2 группе средняя суточная доза инсулина - 0,54 Ед/кг, HbA1c 6,5 ммоль/л наблюдались следующие показатели: высокий уровень тревоги (УТ) не был выявлен ни у одного ребенка, у 15 пациентов (45,4%) средний УТ, при этом средняя суточная доза инсулина - 0,61 Ед/кг, а HbA1c 6,3 ммоль/л. Низкие значения УТ у 18 пациентов (55%), у этих детей средняя суточная доза инсулина - 0,40 Ед/кг, а HbA1c 5,2 ммоль/л.

Выводы. И в 1 и во 2 группе наблюдается повышение уровня личностной тревожности. Повышение данного показателя у пациентов можно объяснить возникающим у детей вследствие заболевания ощущением "непохожести" на других сверстников. Это порождает ощущение тревоги при столкновении с социальной средой. Наличие высоких показателей тревожно-депрессивного синдрома связано с дезадаптацией детей, и не пониманием складывающейся ситуации с их состоянием из-за особенностей терапии и образом жизни при заболевании.

Литература.

1. Дедов И.И. Сахарный диабет у детей и подростков. – М.: Универсум Паблшинг, 2009. – 392 с.
2. Петров В.И. Седова Н.Н. « Проблема качества жизни в биоэтике» — Волгоград: Волгоградское государственное учреждение "Издатель", 2001 г.
3. Зуб А.В., Никифорова Е.М., Анисеева Т.П., Характеристика осложнений и психоэмоционального статуса у детей волгоградской области с сахарным диабетом типа 1c различными способами доставки инсулина // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета – 2017- 61(1) – 27-28.

УДК: 616-091.5:613.73-08

Т. Б. Ирмухамедов

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутистическими расстройствами. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме (первазивные нарушения развития) связаны с первичной дефицитностью аффективной сферы [4]. Описаны наиболее характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффективной организации поведения и сознания [1,3]. Выделены первые признаки аффективного неблагополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до очевидного проявления синдрома во всей его полноте, а также определенные сочетания этих признаков, позволяющие предсказать формирование того или иного типа синдрома [2]. При расстройствах аутистического спектра трудности аффективного развития в раннем возрасте предшествуют и обуславливают первазивные нарушения в становлении психических функций [4]. Проблемы детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении способности адекватно реализовать задатки сенсомоторного, речевого, умственного развития в социальном и эмоциональном взаимодействии с близкими и активном освоении среды

Цель исследования - изучить клинико-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Задачи исследования. На основании клинико-психологических исследований определить особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Провести ретроспективный анализ историй болезни с определением особенностей аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Критериями включения в исследование являлось: наличие аутистических расстройств, начало эндогенного процесса в детстве у всех обследуемых больных, стационарное лечение в клинике на момент обследования, возраст от 6 до 10 лет. Больные дети обучались либо в массовой школе, либо в специализированных учебных заведениях, иногда в индивидуальной форме. Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 28 здоровых детей (18 мальчиков и 10 девочек), учеников массовых школ от 6 до 10 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической

патологии в анамнезе. В исследовании применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма был использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Накопление этих расстройств в течение первых двух - двух с половиной лет жизни и оформление их в определенные сочетания, предопределяет формирование вариантов синдрома детского аутизма, различающихся по степени раннего аффективного взаимодействия ребенка с близкими и с окружением в целом. Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. Понимание нормальных возрастных изменений в характере и степени отзывчивости и активности ребенка в отношениях с близкими и через них, с более широким окружением позволяет уточнить характер первичных трудностей при угрозе аутистического развития. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание, а интенсивность негативных, которые преобладают, не может быть уменьшена. Эти трудности усугубляются врожденной невосприимчивостью таких детей во взаимодействиях с социальной и предметной средой, что проявляется, прежде всего, в особой легкости возникновения дискомфорта, порождающего стойкие амбивалентные переживания, фиксированные страхи. Вследствие аффективных расстройств возникают трудности адаптации детей с аутистическими расстройствами, проявляющиеся нарушением эмоционального контакта, ограниченностью способов взаимодействия с близкими, проблемы произвольной организации внимания и соответственно формирования совместно разделенных действий, неадекватностью реакций самосохранения, отсутствием исследовательской активности. В контрольной группе особенности аффективной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка - оформлением предпочтений, привычек, усвоением правильного порядка вещей, стабильности себя и окружающих - которое происходит под эмоциональным контролем взрослого.

Выводы. Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у

детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

Литература.

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. М.: МГППУ. - 2006. - № 2 - С. 82-92.
2. Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма // Дефектология. -2008.-№4.-С. 11-19.
3. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте// Хрестоматия по возрастной психологии. Ч.1./Ред.-сост. О.А. Карабанова, А.И. Подольский, Г.В. Бурменская. М.: Российское психологическое общество, 1999. - 360 с.
4. Lovaas O. I. Teaching Developmentally Disabled Children. The ME Book. -Baltimore: University Park Press.

УДК 159.95

В. Г. Косенко, Г. Т. Красильников, Л. М. Шулькин, М. И. Агеев,
С. А. Фарафонов, Н. А. Косенко, Ю. В. Гридина, Я. А. Захарова-Макагон
**НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА: ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ**

Кубанский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии ФПК и ППС,
Специализированная краевая психиатрическая больница №1
МЗ Краснодарского края

Введение. К органическим психическим расстройствам относятся нарушения, непосредственно связанные с первичными или вторичными нарушениями функции головного мозга, если эти расстройства отвечают критериям церебрально-органической психопатологии. Органически обусловленные нарушения психики характеризуются чрезвычайным клиническим разнообразием и сочетанием с симптомами локального поражения мозговых структур, общемозговых нарушений и патопластическим влиянием преморбидных особенностей. Особый интерес представляют органические неврозоподобные нарушения в связи с их широкой распространенностью, клиническим полиморфизмом, вызывающим сложности дифференцировки от психогенных невротических расстройств, терапевтической резистентностью, возникновением социальных проблем в профориентации и др. Цель. Уточнение методологических подходов к дифференциальной диагностике и терапии неврозоподобных резидуально-органических расстройств. Материалы и методы. Анализ тематической литературы. Обсуждение. Неврозоподобные резидуально-органические расстройства – это группа пограничных психических нарушений органического генеза, по внешним клиническим признакам напоминающих неврозы. По МКБ-10 неврозоподобный регистр с синдромальными разделениями - F06.4, F06.5 и F06.6 выделяется в подразделе F06 среди органических психических расстройств [9].

Их распространенность все возрастает, что может быть объяснено успехами акушерства, гинекологии, педиатрии, реаниматологии, детской хирургии и т. п. Кроме

того, по данным Б.Д. Карвасарского, снижается число «чистых» неврозов с исчезновением границ между их основными клиническими формами, а также растут трудности отграничения по психопатологическим критериям невротических расстройств от неврозоподобных и микстовых форм [6]. Поэтому автор предлагает компромиссную классификацию невротических расстройств, принятую в клинике Института им. В.М. Бехтерева: 1) неврозы 2) невротические расстройства на фоне органических изменений головного мозга 3) сочетания невротических расстройств с другими заболеваниями 4) невротическая фиксация клинических проявлений различных заболеваний 5) неврозоподобные расстройства [6].

В основе неврозоподобных расстройств лежит легкая резидуальная церебральная патология, обусловленная заболеваниями нервной системы травматической, инфекционной и другой этиологии, а также соматической патологией. При клинических исследованиях нередко обнаруживают у таких больных неврологическую микросимптоматику и легкую дисфункцию глубинных структур мозга. Чаще всего неврозоподобный синдром вызывается органическим поражением центральной нервной системы в раннем возрасте. После ушибов головы, сотрясений мозга, менингоэнцефалитов, после травматического родового акта нередко определяется неспецифический комплекс остаточных явлений поражения головного мозга. Данное сочетание, близкое к «патологически измененной почве», (по С.Г. Жислину [5]), создает измененную мозговую реактивность, которая проявляется в определенных условиях. К универсальным синдромам этой реактивности относится церебрастенический синдром, который проявляется в повышенной истощаемости, утомляемости, плохой переносимости жары, духоты, езды в транспорте, и - главное - при более или менее заметной интеллектуальной или физической нагрузке. Кроме того, клиника неврозоподобных расстройств представлена иными синдромами невротического регистра, сходными с таковыми при невротических расстройствах: обсессивным, истерическим, фобическим, депрессивным, ипохондрическим [7,11].

Современные представления о клинических границах группы органически обусловленных психических расстройств значительно усложняются введением в психиатрию относительно нового понятия «нейрональная пластичность» [10]. Явление нейропластичности тесно связано с нервными и гормональными механизмами стресса, с цитотоксическим действием различных агентов, с цереброваскулярной недостаточностью, мозговой ишемией и гипогликемией, механизмами нейродегенерации и нейропротекции, что стирает жесткую дихотомию «органический – функциональный». Отмеченные положения расширяют влияние органического фактора в этиопатогенезе любых психических заболеваний (В.В.Вандыш-Бубко). Наряду с представлением об отражении в клинических особенностях определенной специфики этиологического фактора [8], существует мнение о полном отсутствии патогномически значимых симптомов (J.Cooper; R.Spitzer; R. Warner).

Согласно МКБ-10, все психические расстройства, возникающие вследствие поражения или дисфункции головного мозга, диагностируются по следующим критериям:

1) объективные данные о наличии болезни (физического и неврологического обследования и лабораторных тестов) и/или анамнестические сведения о заболевании,

повреждении или дисфункции мозга или о системном физическом заболевании, которое может вызвать церебральную дисфункцию;

2) предполагаемая связь по времени (недели или месяцы) между развитием основного заболевания и началом развития психического расстройства;

3) выздоровление от психического расстройства после устранения или излечения предполагаемого основного заболевания;

4) отсутствие достоверных данных об альтернативной обусловленности психического расстройства [9].

В отечественной литературе распространено мнение о существовании клинической специфики, позволяющей разделять невротические и неврозоподобные синдромы. К таким критериям относится, например, базисная черта - астения. При неврозоподобной природе астении ее отличает монотонность течения с однообразием симптомов, превалированием физического компонента в виде утомляемости и адинамии, тогда как собственно психопатология на втором плане. При повышенных или экстремальных воздействиях возникает декомпенсация неврозоподобных расстройств, особенно при воздействии даже минимальных дополнительных церебральных экзогенных. Поэтому их тщательная комплексная диагностика должна включать, наряду с клинко-психопатологическим, клинко-неврологическим, офтальмологическим, лабораторным и инструментальным обследованием также и патопсихологическое исследование [7, 12]. По патопсихологическим данным можно получить такие важные для диагностики органические изменения психики, как инертность психических процессов, затруднения переключения, инертность и сужение внимания, снижение механической памяти, уровня абстрактного мышления [1,13].

Заключение. В клинических исследованиях обращается внимание на взаимодействие соматических, эндокринных, иммунологических церебрально-органических факторов и неврозоподобных нарушений у больных, в анамнезе которых наблюдались вредности, повлиявшие на структурно-функциональные особенности головного мозга [1, 2, 8]. А всех пограничных больных невротического регистра можно распределить в формате единого диагностического континуума между двух противоположных полюсов от психогенных невротических до резидуально-органических неврозоподобных расстройств. Поэтому в терапевтические программы таких больных с необходимостью включаются, в зависимости от степени участия патогенетических факторов, психотропные и соматотропные средства, психотерапия, препараты, оказывающие нейропротективное и нейротрофическое действие, в том числе - иммуномодуляторы [1, 2, 3, 4].

Литература.

1. Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П. и др. Психосоматический аспект изучения пограничных состояний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001. - № 3 (21). - С. 16-18.
2. Александровский Ю.А., Чехонин В. П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств: монография. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 249 с.
3. Вандыш-Бубко В.В. //Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 400 – 408.

4. Ветлугина Т.П., Невидимова Т.И., Лобачева О.А., Технология иммунокоррекции при психических расстрой-ствах. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2010. – 172 с.
5. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. Клинико-патогенетические закономерности.- М.: Медицина, 1965.- 319 с.
6. Карвасарский Б.Д. Невротические и неврозоподобные расстройства //Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сб. тезисов научно-практической конференции/Под общей редакцией Н.Г. Незнанова и Б.Д. Карвасарского.- СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011.- С. 6 – 10.
7. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев // Рук-во для врачей. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
8. Корнилов, А.А. Эмоционально-волевые расстройства у больных органической патологией ЦНС / А.А. Корнилов, Э. С. Вишневская, П. В. Павлов // Сибир. Вестн. психиатрии и наркологии. 2006. — № 1. — С. 64 -67.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 304 с.
10. Косенко В.Г. Модуль невротического расстройства позднего возраста в программе непрерывного образования врача психиатрического профиля / В.Г. Косенко Г.В. Ломакина, М.И. Агеев, и др. // Материалы 9-ой Региональной межвузовской учебно-методической конференции с международным участием «Инновации в образовании». – Краснодар, 2018. – С. 169-171.
11. Косенко В.Г., Ипохондрические состояния и соматоформные расстройства / В.Г. Косенко, Н.А. Косенко, Г.Т. Красильников, А.В. Солоненко // Психическое здоровье. - №11. – 2013. – С. 44-49.
12. Косенко В.Г. Клинико-статистические подходы изучения качества жизни у больных с невротическими расстройствами / В.Г. Косенко, Н.А. Косенко., М.И. Агеев и др. // Кубанский научный медицинский вестник. - №4. – 2014. - С. 63-69.
13. Штарк М.Б., Функциональная магнитно-резонансная томография и нейронауки / М.Б. Штарк, А.Ф. Измак // Успехи физиологических наук. 2012. т. 43. - № 1. - с. 3-29.

УДК 616.89-008.441.13:615.851

А. В. Литвин, В. К. Павлов, В. В. Моргунов

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии
с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ

Научный руководитель: доц. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ ВолгГМУ, к.м.н. О. В. Поплавская

Введение. В настоящее время онкологические болезни занимают второе место в структуре заболеваемости. После постановки диагноза онкологическому больному никто не может дать гарантии окончательного выздоровления, вся его дальнейшая жизнь проходит в неопределенности, что может приводить к потере жизненной перспективы. В этот тяжелый период, больной нуждается в профессиональной психологической помощи [1-5]. Психологическая помощь на базе ВОКОД 1

оказывается в отделении медицинской реабилитации, которое рассчитано на 30 круглосуточных коек (открыто 04 мая 2017). В случае острой необходимости возможно оказание психиатрической помощи внештатным специалистом. Целями и задачами отделения являются увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями, нуждающихся в реабилитации.

Цель. Изучить отношение пациентов онкологического диспансера к проблеме оказания психологической и психиатрической помощи на этапе реабилитации.

Материалы и методы. Было проведено интервьюирование и анонимное добровольное анкетирование пациентов ВОКОД№1 на базе торакоабдоминального отделения и отделения реабилитации, целями и задачами которого является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями, нуждающимися в реабилитации. Авторская анкета состояла из 16 вопросов закрытого и открытого типа:

1. Верите ли Вы, что психологическая помощь может быть полезной для Вас?
2. Была ли Вам предложена психологическая помощь в диспансере?
3. Как вы отнеслись к предложению оказания психологической помощи?
4. Воспользовались ли вы предложенной психологической помощью?
5. Как изменилось Ваше психологическое состояние после посещения специалиста?
6. Сколько раз проводились психологические консультации?
7. Психологическую помощь Вам по вашему мнению лучше окажет?
8. Воспользовались бы Вы психиатрической помощью
9. Как по вашему мнению корректнее предлагать пациентам (родственникам пациентов) психиатрическую помощь:
10. Наиболее удобный по Вашему мнению вариант получения психологической помощи
11. Как по вашему мнению корректнее предлагать пациентам (родственникам пациентов) психологическую помощь:
12. Отметьте, пожалуйста, Вы:
13. Ваш пол
14. Возраст
15. Длительность Вашего (Вашего родственника) заболевания
16. Напишите пожалуйста Ваши предложения по улучшению качества психологической помощи в онкологической службе:

В исследовании приняли участие 100 человек.

Результаты и обсуждения. Всем пациентам, проходившим лечение в онкодиспансере, была предложена психологическая помощь. Не смотря на то, что 81% отнесли к предложенной психологической помощи положительно, воспользовались ею только 70%; 15% опрашиваемых больных отнесли отрицательно к данному предложению. У 30% опрошенных, получивших помощь психолога, субъективно психологическое состояние улучшилось значительно (почти все из них консультировались психологом 3 и более раз). У 37% участников опроса изменения, по их мнению, незначительны, из них 8% опрошенных посещали психолога более 3 раз, 12% - 1 раз и 17% – от 2 до 3 раз. Оказалось, что 40% респондентов считают, что им нужна психиатрическая помощь, 52% из тех, кто отказался от психологической

помощи, считают, что им необходима помощь психиатра, 29,6% всех опрошенных, получивших психологическую помощь, считают, что больше нуждаются в помощи психиатра. Получить психиатрическую помощь у штатного психиатра в здании онкологического диспансера хотели бы 53% респондентов. Корректным способом предложения психиатрической и психологической помощи 66% респондентов считают объявление об оказании помощи в здании диспансера, 26% - выдача брошюр, а 8% считают, что посещение психиатра обязательно для всех пациентов. Из тех, кто считает, что лучшую помощь окажет психолог: 25% опрошенных имеют длительность заболевания до 1 года, 27% - от 1 года до 3 лет, и 8% - с длительностью заболевания более 3 лет (из них 10% опрошенные являлись родственниками пациентов, а 50% - непосредственно пациентами онкологического диспансера; так же, из них 26% - представители мужского пола, а 34% - женского). Из тех, кто считает, что лучшую помощь окажет психиатр: 14% опрошенных имеют длительность заболевания до 1 года, 14% - от 1 года до 3 лет, 12% - с длительностью заболевания более 3 лет (из них 9% опрошенных являлись родственниками пациентов, а 31% - непосредственно пациентами онкологического диспансера; так же, из них 22% - это представители мужского пола, а 18% - женского).

Вывод. Психологическая помощь предлагается всем пациентам ВОКОД №1, в требуемых больными объемах, 30% отмечают положительные изменения психологического состояния, почти все из них консультировались психологом 3 и более раз. 40% респондентов считают, что им нужна психиатрическая помощь, 53% из них хотели бы получить психиатрическую помощь у штатного психиатра в здании онкологического диспансера. Таким образом у пациентов онкологического диспансера существует потребность в психиатрической помощи, которую большая часть больных хотели бы получить в здании диспансера.

Литература.

1. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. — М.: Медицина, 2015. - 255 с.
2. Мерабишвили В.М. Злокачественные новообразования в мире, России, Санкт-Петербурге. - СПб, 2007. - 424 с.
3. Сенина В.С. Психологический статус онкобольного пациента // Молодой ученый. 2017. № 48. С. 164-168.
4. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. — М.: Медицина, 2013. — 222 с.
5. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПбГУ. 2010. Сер. 12. № 1. С. 23.

УДК 159.95

А. И. Мелёхин

МЕТАКОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (METACOGNITIVE THERAPY) ХРОНИЧЕСКОЙ БЕССОННИЦЫ

Российский геронтологический научно-клинический центр

В ряд зарубежных клинических рекомендаций рекомендуют использовать в качестве *первой линии* лечения хронической бессонницы - *когнитивно-поведенческую психотерапию*, так как она опирается на пациент-ориентированный подход и

превосходит фармакотерапию в плане безопасности и долгосрочной положительной ремиссии.

Метакогнитивная психотерапия (metacognitive therapy) относится к «третьей» волне развития когнитивно-поведенческой психотерапии, которая смещает акцент с результат-ориентированного (действия по снижению стресса) на процесс ориентированный (я обратил(а) внимание, я подчеркнул(а), я могу использовать) подход [3]. Традиционная когнитивная модель психических расстройств А-В-С заменяется на А-В-М-С, в которой А – триггер, приводящий к дезадаптивным реакциям (С), В – негативные автоматические мысли/убеждения, а М – метакогнитивные мысли/убеждения. Напомним, что метапознание это знание о собственных когнитивных процессах (мышление о собственном мышлении). Данная терапия направлена на усиление осведомленности у пациента о своем физическом и психическом состоянии; обучение вырабатывать гибкую, сбалансированную метакогнитивную оценку этих дискомфортных состояний [1].

Согласно *метакогнитивной модели инсомнии* в основе развития и поддержания хронической бессонницы у пациентов лежат ряд факторов [1] (рис.1).

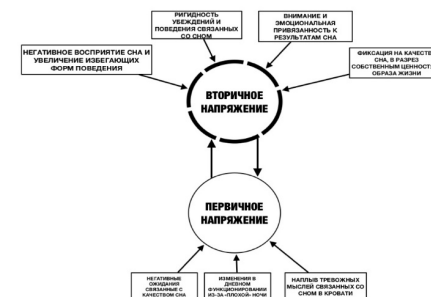


Рис. 1 Метакогнитивная модель инсомнии J.C. Ong, C.S. Ulmer, R. Manber

- **Первичное возбуждение**, т.е. когнитивная деятельность, непосредственно связанная с изменениями во сне. Например, тревожные мысли которые мешают заснуть пациенту.
- **Вторичное возбуждение**, это то как пациент относится к своим мыслям связанными со сном. Например, наличие жесткой привязанности к качеству сна, негативной оценки сна в целом. Это возбуждение становится тем механизмом, который поддерживает хроническую бессонницу.

В связи с этим лечение направлено на снижение вторичных факторов возбуждения, которые влияют на первичные факторы, что приводит к клинически положительной длительной ремиссии. Это достигается с помощью следующих психотерапевтических стратегий [1;3]:

1. **Усиление метакогнитивной способности** (metacognitive awareness). Пациента обучают *технике судья-адвокат*, т.е. при оценке качества сна направлять фокус внимания на объективные, альтернативные факты («адвокат») о их сне и его влиянии на дневное функционирование. Многие пациенты с хронической бессонницей

имеют *искаженное восприятие времени ночью*, отмечают что «не спали всю ночь» или «спали очень мало». Показано, что у пациентов с хронической бессонницей наблюдается переоценка временных интервалов, которая связана с наличием у них когнитивно-физиологического возбуждения. Делается акцент на осознание и использование внутренних (физиологических) сигналов сонливости, вместо использования внешних сигналов (например, «я должен лечь спать в 23-00»), избегающего поведения (например, «у меня был плохой день и поэтому я хочу лечь спать»).

II. **Метакогнитивный сдвиг негативных мыслей и убеждений** (metacognitive shifting) делает акцент с «отношения/оценки к...» (узкий фокус) на «содержание» (широкий фокус). Происходит формирование «сдвига» в отношении пациента к мыслям о собственном сне (степень важности, значение, ценность сна). Вместо того чтобы сразу изменять мысль или поведение у пациента усиливается большая осведомленность использовать более объективную, без оценочную позицию (техника де-центрирования). Применение «сдвига» позволяет быть более невозмутимым к переживаниям, связанным с качеством сна, не пытаться менять сразу то, что нежелательно. Усиление невозмутимости обеспечивает навык остановиться и внешне наблюдать за своими мыслями.

III. **Формирование новой метакогнитивной позиции** (табл.1).

Таблица 1

Компоненты метакогнитивной терапии хронической бессонницы

Факторы «вторичного» возбуждения	Компоненты метакогнитивного сдвига	Снижение вторичного возбуждения
Повышенное внимание, предвзятость по отношению ко собственному сну	<i>Баланс</i>	Разрешить состояние сонливости с акцентом на гибкое поведение по отношению к сну.
Ригидность в убеждениях и поведении связанных со сном	<i>Гибкость</i>	Регулирование убеждений и поведения с акцентом на быстро изменяющиеся условия. Усиление толерантности к неопределенности.
Привязанность к связанным со сном потребностям и ожиданиям	<i>Невозмутимость</i>	Усиление спокойствия, вытекающее снижения «борьбы» и принятия изменений в качестве сна в зависимости от различных факторов
Поглощенность в улучшении качества сна	<i>Приверженность личным ценностям</i>	Стремление ценить жизнь в контексте диапазона мыслей и эмоций.

Переход к новой позиции осуществляется с помощью ряда принципов: осознанности; принятия и ответственности. Формирование новой позиции необходимо для снижения вторичных факторов возбуждения и минимизации избегающих форм поведения в отношении сна.

- **Принцип баланса** заключается в управлении оценками пациента о привлекательности и отвращения (неприятное отношение) к сну.

- **Принцип гибкости** заключается в усилении у пациента состояния любознательности, открытости, принятия широкого спектра когнитивных и эмоциональных феноменов. Для иллюстрации концепции принятия и гибкости используют стихотворение «гостевой дом» Д. Руми. Применяется *техника «глаза новичка»* с акцентом подходить к вопросу сна без предубеждений из прошлого опыта, негативных ожиданий на будущее.

- **Принцип невозмутимости** делает акцент на отсутствия оценочных негативных суждений по отношению к сну, усиление спокойствия и хладнокровия (не привязанности к исходам сна).

- **Принцип приверженности личным ценностям.** У пациентов с хронической бессонницей наблюдается смещение фокуса ценностей на контроль за качеством сна. Использование техники *жизненный компас* (life compass), т.е. совершать действия, служащие заявленным ценностям пациента.

Вовлечение в действия, а не избегание этих действий даже в контексте негативных мыслей и эмоций. Выявление ценностей пациента в контексте различных сфер его жизни. Так только ценности определены они связываются с дезадаптивным поведением. Изменение поведения способствует приверженность ценностям.

Эффективность. Применение метакогнитивной терапии показывает значительные улучшения в удовлетворенности качеством сна, в связи с ее направленностью на тревожные руминации связанные со сном. Положительная ремиссия сохраняется на протяжении 6 месяцев [2].

Литература.

1. Ong J.C., Ulmer C.S., Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia.// Behav Res Ther. 2012. Vol. 50. № 11. P. 651-660. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.001.
2. Rezaei M., Hojjat S.K., hatami S.E. Effect of meta-cognitive therapy on patient with insomnia // Journal of north khorasan university of medical sciences. 2015 , Vol. 7 , № 2. P. 319-327.
3. Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J. Third-Wave Therapies for Insomnia// Curr Sleep Medicine Rep. 2015. Vol. 1. № 3. P. 166-176 doi: 10.1007/s40675-015-0020-1

УДК 159.922

А. И. Мелёхин

**ИЗМЕНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОМ ПОЗНАНИИ КАК
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР ТЕЧЕНИЯ СТАРЕНИЯ**

Российский геронтологический научно-клинический центр

В пожилом возрасте происходят изменения в декодировании эмоциональной информации по лицу другого человека [4,9,10;12]. Эти изменения рассматривают как один из *симптомов социо-когнитивного дефицита* [2,3,6,8]. Состояние социо-когнитивных функций или социального познания выступает *посредником* между когнитивным и функциональным статусом гериатрического пациента [5]. Является индикатором имеющегося потенциала к социальной адаптации, независимо от

уязвимостей и психопатологического диатеза [8]. Эффективная реабилитация после инсульта, тяжелой черепно-мозговой травмы зависит от восстановления социо-когнитивных способностей [10]. В DSM-5 одним из диагностических компонентов для определения степени *нейрокогнитивных расстройств*, также дифференциации их подтипов является оценка *социального познания* [6]. Изменения в социо-когнитивных способностях рассматривают как маркер *лимбической реактивности* при аффективном спектре расстройств, а также рисков развития поведенческих симптомов при болезни Альцгеймера и лобно-височной деменции [3]. Эти изменения выступают дополнительным диагностическим критерием *эмоционально-поведенческих нарушений* при ряде неврологических [6,7,9,11] и психических расстройствах [2,7]. При изменениях в социо-когнитивных функциях у человека позднего возраста снижается чувствительность к *предупреждающим знакам* о возможных негативных рискованных действиях, что увеличивает риски стать жертвой социальной эксплуатации, мошенников, совершить преступление [9]. Социо-когнитивный дефицит в позднем возрасте связан с высоким семейным стрессом; рисками социальной изоляции; трудностями устанавливать терапевтический альянс пациент-врач [2,6]. В основе изменений в социо-когнитивных способностях лежит *полиморфность* и *полиэтиологичность* [6].

Участники исследования: три группы респондентов 1) 55-60 лет – 120 (17 мужчин и 103 женщины, $M \pm SD_{age} = 56,6 \pm 1,8$); 2) 61-74 лет - 120 (13 мужчин и 107 женщин, $M \pm SD_{age} = 66,7 \pm 3,9$) и 3) 75 - 90 лет – 50 (11 мужчин и 39 женщин, $M \pm SD_{age} = 79,4 \pm 3,5$) проходившие комплексную гериатрическую оценку состояния здоровья в городских поликлиниках г. Москвы.

Методики исследования: тест память на лица с отсроченным и непосредственным воспроизведением (Penn Facial Memory Test); тест распознавания простых положительных и отрицательных эмоций по лицевой экспрессии (Penn Emotion Recognition Task-40); Тест дифференциации интенсивности эмоций по лицевой экспрессии (Penn Measured Emotion Discrimination Task).

Результаты:

- **Память на лица.** Больше трудностей в воспроизведении лиц по памяти наблюдаются у людей 75-90 лет в отличие от 55-60 и 61-74 лет. К симптомам нарушения памяти на лица в возрасте следует относить: 1) снижение объема запоминаемого материала при непосредственном и отсроченном воспроизведении; 2) трудности в распознавании запоминаемого материала среди лиц-дистракторов с преобладанием большего времени при выборе правильного ответа; при распознавании лиц наблюдается увеличение ошибочных выборов; преобладает неопределенная оценка. Наблюдаются следующие компенсаторные феномены при воспроизведении лиц по памяти: смещение к своему возрасту; эффект другой расы при распознавании эмоций другого человека.

- **Распознавание и дифференциация эмоций.** В позднем возрасте наблюдается эмоционально-специфические изменения в распознавании и дифференциации интенсивности эмоций по лицу другого человека в форме эмоциональной гетерогенности.

- **Изменения во времени отклика.** При распознавании и дифференциации интенсивности эмоций было отмечено, что в старческом возрасте по сравнению с группами респондентов 55-60 и 61-74 лет наблюдается изменения во *времени отклика*, в сторону его замедления

- **Феномен положительного перцептивного смещения.** Эмоция *радости* была хорошо распознаваемой у респондентов 55-60 лет (8 правильных ответов из 8), 61-74 лет (7 правильных ответов из 8) и 75-90 лет (7 правильных ответов из 8), что говорит о *гиперчувствительности* к положительным эмоциям. Лучше дифференцируется интенсивность эмоции радости, чем печали. Наибольшие трудности наблюдаются при декодировании отрицательных простых эмоций: *гнев*, *страх* и *печаль*, что говорит о *гипочувствительности* к отрицательным эмоциям. Это согласовывается с *теорией социо-эмоциональной селективности Л. Карстенсен* [1]. Избегание негативных эмоций, может быть связана с их когнитивной оценкой как несущих опасность, неопределенность. Следует учитывать специфику визуального сканирования эмоциональной информации, нейроанатомических и нейрохимических (истощение дофамина-серотонинергической системы, МАО-А) сдвигов в позднем возрасте [4,7,9]. Наблюдались трудности при определении эмоционально нейтральных лиц у респондентов 55-60 лет (6 правильных ответов из 8) и 75-90 лет (5 правильных ответов из 8).

- **Феномен гендерного уклона.** В группах 55-60 лет и 61-74 лет *женские* лица распознаются лучше, чем *мужские* лица, что подтверждает гипотезу об участии в декодировании эмоциональной информации *схемы эмоций Н.С. Эбнера* [12].

- **Эффект высокого порога интенсивности эмоций.** В группах пожилого возраста лучше распознаются эмоции при их *высокой*, чем *низкой* интенсивности экспрессии. Высокая интенсивность экспрессий способствует *лучшему* распознаванию страха, гнева и печали.

- **Феномен ложной эмоциональной атрибуции.** При распознавании *экспрессии спокойного лица* у респондентов трех возрастных групп наблюдались трудности в форме приписывания других эмоций. В большинстве случаев спокойному лицу приписывалась эмоция *печали*, в меньшей степени *злости*. Наличие этого феномена может говорить о *гиперментализации* для мобилизации ресурсов с целью защиты себя от зловредных намерений других людей [2]. Приписывание *печали* нейтральному лицу символизирует оценку ситуации старения как потери, осознание конечности жизни и недостижимости целей. В конфликтных ситуациях люди позднего возраста чаще реагируют *печалью*, в меньшей степени *гневом* в отличие от молодых людей. Единично в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) наблюдалось приписывание *страха*.

Гериатрический статус и эмоциональное восприятие. С помощью регрессионного анализа показано, что *преморбидный когнитивный ресурс* – уровень образования влияет на распознавание эмоционального состояния по экспрессии лица в позднем возрасте. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) состояние *психосоциальных ресурсов* (семейное положение и рабочий статус) выступают предикторами распознавания простых эмоций. Изменения в удовлетворенность качеством жизни,

возрастной идентичности, наличие симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества выступают предикторами, влияющими на способность понимать эмоциональные состояния по экспрессии лица другого человека. У респондентов 61-74 и 75-90 лет изменения в полиморбидном статусе и когнитивном функционировании выступают предикторами, влияющим на изменения в распознавании простых эмоций. Говоря про дифференциацию интенсивности эмоций по лицу показано, что преморбидный когнитивный ресурс – уровень образования; социальный ресурс – семейное положение влияют на дифференциацию интенсивности эмоций в позднем возрасте. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) рабочий статус выступает предиктором, влияющим на способность к дифференциации эмоций. Изменения в удовлетворенности качеством жизни, наличие симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества выступают предикторами, влияющими на способность дифференцировать эмоциональные состояния по экспрессии лица другого человека. У респондентов 61-74 и 75-90 лет изменения в полиморбидном и когнитивном статусе выступают предикторами, влияющим на изменения в дифференциации простых эмоций.

Литература.

1. Carstensen L.L., Isaacowitz D.M., Charles S.T. Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. // Am Psychol. 1999. Vol. 54. № 3. P.165-181.
2. Dejko K. Examining mentalizing ability in the process of psychiatric and psychotherapeutic diagnosis. //Psychiatr Pol. 2015. Vol. 49. №3. P. 575-584.
3. Dickerson B.C. Dysfunction of social cognition and behavior.//Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 2015. Vol. 21. № 3. P.660-677.
4. Fölster M., Hess U., Werheid K. Facial age affects emotional expression decoding. //Frontiers in Psychology. 2014. Vol. 5. № 30. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3912746/pdf/fpsyg-05-00030.pdf> (дата обращения: 18.03.2018)
5. Green M.F., Horan W.P., Lee J. Social cognition in schizophrenia.// Nat Rev Neurosci. 2015. Vol. 16. № 10. P. 620-31.
6. Henry J.D., von Hippel W., Molenberghs P., et al. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders // Nat Rev Neurol. 2016. Vol.12. №1. P.28-39.
7. Langenecker S.A., Bieliauskas L.A., Rapport L.J. Face emotion perception and executive functioning deficits in depression.// J Clin Exp Neuropsychol. 2005. Vol.27. №3. P.320-33.
8. Moran J.M., Jolly E., Mitchell J.P. Social-cognitive deficits in normal aging //J Neurosci. 2012. Vol. 32. №16. P. 5553–5561.
9. Natelson Love M., Ruff G., Geldmacher D. Social Cognition in Older Adults: A Review of Neuropsychology, Neurobiology, and Functional Connectivity //Medical & Clinical Reviews 2015. Vol. 1. № 1. P. 1-8.
10. Njomboro P. Social Cognition Deficits: Current Position and Future Directions for Neuropsychological Interventions in Cerebrovascular Disease //Behavioural Neurology. 2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5512037/> (дата обращения: 18.03.2018).

11. Shany-Uri T., Rankin K.P. Personality and Social Cognition in Neurodegenerative Disease. //Current Opinion in Neurology. 2011. Vol.24. № 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808271/pdf/nihms499194.pdf> (дата обращения: 18.03.2018)
12. Ebner N.C., Fischer H. Emotion and aging: evidence from brain and behavior. //Frontiers in Psychology. 2014. № 5. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158975/pdf/fpsyg-05-00996.pdf> (дата обращения: 18.03.2018)

УДК 159.9

В. А. Меркулова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

ГБОУ ВО «МГППУ», кафедра «Нейро- и патопсихология развития»

Научный руководитель: доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития, кандидат психологических наук С.В. Покровская

Здоровье – это физическое, психическое и социальное благополучие человека. Для его поддержания необходимо соблюдение определенного жизненного стиля, включающего образ жизни, уклад и привычки. Данное поведение рассматривается как здоровьесберегающее и основывается на взаимосвязанном влиянии внешних, средовых условий жизни человека с внутренними психологическими и поведенческими моделями, уникальными для каждого человека. Несмотря на важность для поддержания здоровья таких внешних факторов, как экология и состояние системы здравоохранения, человек сам несет ответственность за сохранение своего здоровья. [1]

Формирование здоровьесберегающего поведения является актуальной задачей, в связи со связанностью показателя здоровья с другими социально-экономическими показателями. [2] Однако, несмотря на известность основных принципов сохранения здоровья и основ здорового образа жизни, данное поведение не всегда реализуется человеком. Целью нашего исследования является изучение влияния внутренних психологических факторов на отношение к здоровью.

Здоровье является фактором благополучия для человека, таким образом, выступая как ценность. Поведение, направленное на его сохранение носит социальный характер, так как формируется прижизненно, исходя из полученных знаний и опыта, и для реализации этого поведения требуется соответствующая ему социальная установка. Социальная установка - это осознание ценности и значимости объекта, его значения и смысла, имеющее опору на предшествующий опыт, и определяющее его поведение и отношения в социуме. Социальная установка включает в себя когнитивный, эмоциональный и коннотативный компонент и реализуется, в случае если содержание этих компонентов является однонаправленным. [3]

Основная ценность здоровья – это собственное благополучие человека, таким образом, в случае позитивного самоотношения, человек будет принимать важность здоровья и получаемые от его сохранения возможности. Когнитивный компонент включает в себя знание о возможности поддержания и сохранения здоровья, то есть связан с общей осведомленностью о здоровом образе жизни. Эмоциональный

компонент может определяться и как позитивный (удовольствие от процесса сохранения здоровья), и как негативный (страх невыполнения действий, направленных на поддержание здоровья), таким образом, недостаточность представленности эмоционального компонента относится неосознанию эмоций, нежели к их знаку. Коннотативный компонент включает в себя действия и поступки, выполняемые в целях сохранения здоровья, важно отметить, что такие действия должны реализовываться не столько через отрицание (не делать что-то вредное), сколько через непосредственную активность и участие человека в процессе сохранения здоровья (делать что-то полезное).

В процессе изучения компонентов социальной установки на сохранение здоровья, нами была выдвинута гипотеза: самоотношение, алекситимия и копинг-стратегии являются факторами, ассоциированными с возможностью реализации установки на сохранение здоровья. Для проведения исследования нами были использованы методики: «Индекс отношения к здоровью» (С.Дерябо, В.Ясвин) [4], Торронтская шкала алекситимии [5], тест-опросник самоотношения (В. В. Столин, С. Р. Пантелеев) [6] и Копинг-тест (Р. Лазарус, С. Фолкман) [7]. В исследовании приняли участие 57 человек: 33 женщины и 24 мужчины от 25 до 40 лет, уровень образования: высший, не имеющие хронических инвалидизирующих заболеваний, требующих регулярного медицинского наблюдения.

Для анализа полученных результатов мы использовали корреляционный анализ Спирмена. Каждая шкала методики «Индекс отношения к здоровью» была проанализирована независимо от других шкал, чтобы изучить влияние различных факторов на отдельные компоненты здоровьесберегающего поведения.

Эмоциональная шкала направлена на изучение сенситивности к здоровью, возможность получать удовольствие от обладания здоровьем и проявление заботы о нем. Результаты по данной шкале достоверно связаны ($p=0.02$) с результатами, полученными по шкале 7 «Самопонимание» тест-опросника самоотношения. Таким образом, чем выше выраженность установки на самопонимание, тем больше будет и эмоциональная удовлетворенность от реализации здоровьесберегающего поведения. Также результаты по данной шкале обнаружили обратную корреляцию на уровне тенденции ($p=0.07$) с наличием копинг-стратегии «Бегство-избегание», данная шкала указывает на тенденцию к уклонению от трудностей. Следовательно, чем выше у человека тенденция к избеганию неприятных ситуаций, тем меньше внимания уделяется к проявлениям организма, и забота о здоровье начинается цениться меньше.

Познавательная шкала направлена на исследование активного поведения в процессе поиска информации о возможностях сохранения здоровья. Данная шкала обнаружила положительные корреляции с такими шкалами самоотношения как самопонимание ($p=0.01$) и самопринятие ($p=0.06$). Следовательно, человек, который относится к себе с большим принятием, как своих возможностей, так и своих сложностей, будет с большим интересом получать информацию о том, как можно увеличить ресурс своего здоровья. Также данная шкала обнаружила обратную взаимосвязь со шкалой алекситимии ($p=0.04$). Так как алекситимия указывает на неспособность распознавания и названия собственных эмоций, трудности в понимании себя и своих чувств приводит к снижению познавательного интереса,

направленного на укрепление собственного здоровья, а значит, и благополучия. Была обнаружена прямая корреляция познавательной шкалы с копинг-стратегией «планирование решения проблемы» ($p=0.00$) и обратная с копинг-стратегией «самоконтроль» ($p=0.01$). То есть попытка подавления эмоций, игнорирования текущей ситуации приводит к нарушению познавательной активности, связанной с сохранением здоровья, в то время как профилактическое планирование позволяет начать заботиться о здоровье раньше, чем этого потребует действительно угрожающая ему ситуация.

Практическая шкала направлена на изучение активного характера действий человека по отношению к своему здоровью, то есть наиболее тесно связана с коннотативным компонентом социальной установки. Была обнаружена прямая взаимосвязь показателей данной шкалы с показателями по шкале саморукводство ($p=0.04$), то есть чем больше человек опирается при реализации своего поведения на свое «Я», тем больше вероятность, что у него будет выражено здоровьесберегающее поведение. Выявлена отрицательная корреляция со шкалой алекситимии на уровне тенденции ($p=0.08$), то есть человек хуже распознающий свои эмоции, совершает меньше действий по поддержанию своего благополучия, в следствие более низкой чувствительности к получаемым эффектом, отсутствию получения удовольствия от этих действий.

Поступочная шкала изучает восприятие человеком здоровья как социальной ценности и, тем самым, направлена на изучение действий относящихся к включению в здоровьесберегающее поведение окружающих людей. Данная шкала обнаружила множественные взаимосвязи со шкалами теста самоотношения. Прямые корреляции установлены с интегральной шкалой ($p=0.05$), шкалами самоуважения ($p=0.00$), аутосимпатии ($p=0.03$) и самопринятия ($p=0.01$). Обратная же корреляция обнаружена со шкалой самообвинения ($p=0.01$). То есть, чем более выражено у человека чувство «за» самого себя, чем больше он принимает собственное «Я», тем большее количество поступков он готов реализовывать, направленных на сохранение ценности здоровья у других людей и развитие в них осознания этой ценности. Шкала самоуважения преимущественно демонстрирует уверенность человека в своих силах, способностях, энергии, а шкала аутосимпатии – одобрение себя и своих поступков, таким образом, эти качества оказываются важными для социально направленного здоровьесберегающего поведения. Такое качество в самоотношении как самообвинение, в свою очередь, негативно влияет на возможность успешного взаимодействия в вопросах сохранения здоровья с другими людьми.

Таким образом, по результатам проведенного исследования, мы подтвердили свою гипотезу и обнаружили факторы, поддерживающие и, наоборот, затрудняющие реализацию здоровьесберегающего поведения. Поддерживающими факторами выступают такие особенности самоотношения как самопонимание, самопринятие, саморукводство, самоуважение и аутосимпатия. Негативно влияющим фактором, затрудняющим здоровьесберегающее поведение, является самообвинение. Уровень алекситимии также выступает в роли негативного фактора. Среди копинг-стратегий положительное влияние на сохранение здоровье имеет планирование решения проблемы, а отрицательное – избегание и самоконтроль.

На основании проведенного исследования нами планируется разработка и проведение тренинга, направленного на формирование здоровьесберегающего поведения, который будет включать работу, направленную на развитие психологических черт, связанных с данным поведением и преодоление негативно влияющих особенностей.

Литература.

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Здоровье человека - М.: Просвещение, 2004. – 216 с.
2. Приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни на 2017-2025 гг» от 26 июля 2017 г. No8
3. Годфруа Ж. Что такое психология. Т. 2. - М.: Мир, 1992. -376 с.
4. Дерябо С.Д. Как вы к себе относитесь. Психологический тест // Здоровье детей. Методический журнал: здоровьесберегающие технологии в школе – 2010 – №1 –5.
5. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах. Пособие для медицинских психологов. НИПНИ им. Бехтерева, 2005.
6. Глуханюк Н.С. Практикум по психодиагностике: учеб. Пособие – 2-е изд., переруб. и доп. – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2005. – 216 с.
7. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. М.: 2007. № 3 С. 93-112.

УДК 616.89 + 519.816

В. Г. Митихин

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КОМПЛАЕНСА В ПСИХИАТРИИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (Москва)

Введение. Проблема комплаенса признана одной из самых серьезных и распространенных проблем медицинской практики, решение которой составляет базу оптимизации процесса лечения больных. Особую актуальность эта проблема представляет для психиатрии в связи с более низким комплаенсом психически больных. Широкая распространенность некомплаентности при психических расстройствах имеет тяжелые последствия, прежде всего из-за возрастания частоты обострений [1-3].

Формирование комплаенса – весьма сложный процесс, который обусловлен взаимодействием нескольких групп факторов. При том, что выявлено множество факторов (более 200, см., например, [1]), имеющих отношение к формированию уровня комплаенса, наиболее проблематичным остается вопрос об инструменте его оценки. В зарубежных исследованиях комплаенса наиболее часто используются опросники в виде интервью или полуструктурированных интервью, представляющие собой самоотчеты пациентов. Подобные инструменты оперируя исключительно данными самоотчета пациентов, не дают возможности вносить объективную коррекцию, опираясь на наблюдения врача и используя дополнительную информацию за пределами прямых ответов пациентов по ряду параметров, являющихся предикторами комплаенса. В российских работах [3, 4] предложена шкала медикаментозного комплаенса, которая имеет в своем составе ряд субшкал: отношение к лекарствам; факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с близким окружением; факторы, связанные с лечащим врачом.

Основная проблема оценивания комплаенса, связанная с использованием подобных опросников, шкал и субшкал, состоит в том, что эти инструменты являются порядковыми (ранговыми) шкалами. Далее, полученные в этих шкалах оценки (ранги) просто суммируются без учета весомости, как самих уровней шкал, так и весомостей соответствующих шкал и субшкал. Но для случая порядковых (ранговых) шкал, не имеет смысла вычисление простейших статистических характеристик ранговых выборок, таких, как среднее (средний балл), дисперсия, корреляция и т.д. Это хорошо известные факты из теории измерений и теории шкал, которые вошли в учебники по математическим методам обработки данных, (см., например, [5], а также работу [6], в которой обсуждается использование ранговой информации в психиатрии). К сожалению, весьма часто эти факты не принимаются во внимание в современной научной литературе и статьях, особенно при обработке данных в медицине и социальных науках.

Цель работы: показать, что для решения проблемы оценки комплаенса следует использовать методы системного анализа информации, представленной в ранговой форме. Здесь, в первую очередь, следует назвать метод анализа иерархий (МАИ) [7], позволяющий на основе экспертной информации «вкладывать» порядковые шкалы в шкалу отношений (на основе фундаментальной шкалы МАИ).

Материал и методы. Материалом для данной работы послужила совокупность российских и зарубежных научных публикаций, посвященных использованию данных, представленных в разных шкалах от категориальных до шкал отношений, а также соответствующим алгоритмам обработки данных [5-10].

Методы анализа данных: клинический, методы системного анализа данных и, в частности, модифицированные алгоритмы метода анализа иерархий (МАИ), предложенные в работах [8-10].

Результаты и обсуждение. В качестве примера рассмотрим шкалу медикаментозного комплаенса [4]. С точки зрения предлагаемого подхода шкала представляет собой иерархию, используя которую следует на основе экспертной информации последовательно определить веса 4-х субшкал, занимающих 1-ый уровень иерархии: 1) отношение к медикации; 2) факторы, связанные с пациентом; 3) факторы, связанные с близким окружением; 4) факторы, связанные с лечащим врачом. А также веса факторов, входящих в указанные субшкалы. Количество этих факторов, занимающих 2-ой уровень рассматриваемой иерархии: 13 – для 1-ой субшкалы; 8 – для 2-ой; и по 2 фактора соответственно для 3-ей и 4-ой субшкал. Отметим, что уровни этих факторов операционально описаны в ранговой шкале, поэтому для определения их весов следует использовать нормативный подход МАИ (см., например, [7-8]). Для определения весов субшкал, предпочтения которых оцениваются только на основе экспертной информации, следует использовать дескриптивный подход МАИ. Эти подходы МАИ описаны, например, в работе [7].

Рассмотрим технологию оценки весов субшкал. Используя экспертные оценки предпочтительности субшкал и фундаментальную шкалу МАИ (см., например, [7-8]), рассмотрим матрицу результатов парных сравнений предпочтений (весомости) субшкал, представленную в табл. 1.

Таблица 1.

**Матрица парных сравнений предпочтений субшкал
шкалы медикаментозного комплаенса**

Оценка субшкал	«1»	«2»	«3»	«4»
«1»	1	1	5	1
«2»	1	1	3	1
«3»	1 / 5	1 / 3	1	1 / 5
«4»	1	1	5	1

В табл. 1 заголовки строк и столбцов: «1» - «4», соответствуют номерам субшкал, а в ячейках таблицы результаты парных сравнений предпочтительности субшкал, представленные в уровнях фундаментальной шкалы МАИ. Для облегчения работы эксперта основные деления фундаментальной шкалы имеют соответствующую смысловую (лингвистическую) интерпретацию: 1 – равная важность; 3 – слабое превосходство; 5 – превосходство; 7 – сильное превосходство; 9 – абсолютное превосходство; 2, 4, 6, 8 – промежуточные случаи. Шкала содержит и соответствующие обратные значения (для измерения результатов обратных парных сравнений). Используя алгоритмы МАИ обработки матриц парных сравнений (см., например, [7-8, 10]), получаем следующие оценки весомости субшкал: 1) отношение к медикации – 0.32; 2) факторы, связанные с пациентом – 0.28; 3) факторы, связанные с близким окружением – 0.08; 4) факторы, связанные с лечащим врачом – 0.32.

Заметим, что табл.1 содержит усредненные экспертные оценки предпочтительности субшкал, на основе которых получены веса субшкал, но на практике могут использоваться как индивидуальные экспертные оценки лечащего врача, так и оценки группы экспертов (например, для случая бригадного метода ведения пациента).

Выводы. На примере шкалы медикаментозного комплаенса представлена методика системного анализа исходной ранговой информации, заключающаяся в преобразовании ее с помощью метода анализа иерархий в кардинальную, числовую информацию, которая допускает любые математико-статистические операции, что, в свою очередь, можно использовать для построения корректных, математических моделей прогнозирования комплаенса.

Литература.

1. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. // World Psychiatry. 2013; 12: 216–226. doi: 10.1002/wps.20060
2. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(2):4–12.

3. Лутова Н.Б. Комплаенс и психодинамические параметры больных психозами. // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2013; 1: 49-55.
4. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии. Усовершенствованная медицинская технология. – СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2006. 23 с.
5. Купцов М.И., Филипова Е.Е., Слободская И.Н. и др. Математические методы в психологии. Учебник для вузов. – М.: Горячая линия – Телеком, 2017, 156 с.
6. Berrios G.E., Markova I.S. Is the concept of “dimension” applicable to psychiatric objects? // World Psychiatry, v. 12, 1, p. 76-79.
7. Саати Т. Л. Принятие решений при зависимостях и обратных связях: Аналитические сети / Пер. с англ. – М.: Изд. ЛКИ, 2008. – 360 с.
8. Ястребов В.С., Митихин В.Г. Оценка деятельности и перспектив развития психиатрических служб на основе иерархического анализа. // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005; 105 (4): 61-67.
9. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А. и др. Научные основы организации психиатрической помощи: разработка концептуальной базы современной психиатрической службы // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2016; 116 (9): 4-12.
10. Митихин В.Г., Алиева Л.М., Ениколопов С.Н. Применение метода анализа иерархий для обработки данных исследования телесного Я-образа у больных психическими расстройствами // Психиатрия. 2015. № 1 (65). С. 29-32.

УДК 615.851

**Г. Т. Мухамедов, Р. И. Джаватханова, И. Н. Мухамедова
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ И
ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ**

Республиканский психоневрологический диспансер г. Махачкала
Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии,
главный внештатный психиатр РД М.А. Алиев

В последнее время забота о своей внешности становится неотъемлемой частью жизни дагестанцев, как диета или физические нагрузки. Ни для кого не секрет, что каждый человек хочет хорошо выглядеть. Если мать-природа не одарила хорошими внешними данными, то пластическая и эстетическая хирургия — выход из положения. На самом деле причины могут быть совершенно различными. Проблемы с внешностью чаще всего связаны с отсутствием психологического комфорта, низкой самооценкой, комплексами.

Этот психологический аспект представляет собой чрезвычайно важный компонент всего процесса лечения. Врожденные или приобретенные физические недостатки вследствие травм или несчастных случаев — это, несомненно, показание к пластической операции. Но часто к пластике прибегают люди, которые субъективно недовольны своей внешностью, хотя медицинских показаний к операции нет.

Каждый человек вправе улучшать свою внешность, и пластическая хирургия в наше время достигла таких высот, что риск вреда от операции практически сходит на нет. Но нужно помнить и об эстетической стороне: действительно ли те изменения,

которым подвергается тело и лицо путем пластической операции, принесут желаемый результат и улучшат внешний вид. В основном люди, прибегающие к помощи пластической хирургии, являются нормальными с психиатрической и психологической точки зрения людьми. Но и среди них встречаются люди, которым довольно рискованно делать пластическую операцию по причине психических расстройств.

В рамках данного исследования изучалась эффективность совместной работы психиатра, психолога, косметолога и пластического хирурга в целях выявления "пациентов группы риска», обращающихся за услугами пластической и эстетической косметологии, а также истинной мотивации стремления к оперативному вмешательству и профилактики завышенных ожиданий пациентов от пластического хирурга. Исследования по изучению пациентов, входящих в группу риска, проводились в г.Махачкале на базе Института красоты Джаватхановой Амины и в Республиканском психоневрологическом диспансере. Предварительная консультация велась врачом-косметологом совместно с клиническим психологом. При таком подходе, возможно, не только распознать человека, которому не рекомендована пластика, но и лучше узнать, что необходимо пациенту для наилучшего результата операции.

Перед пластической и эстетической операцией проводилась психологическая оценка, подробно обсуждались с пациентом мотивы, побуждающие его решиться на операцию, выяснялись его ожидания, поскольку весьма вероятен неблагоприятный исход хирургического, эстетического вмешательства при наличии у клиента нереалистических надежд, бредовых идей, а также в случаях, когда в анамнезе есть сведения о перенесенных ранее операциях, результатами которых он остался не доволен. В процессе беседы с пациентом обсуждались вопросы не только о пожеланиях и сомнениях относительно предстоящей операции, но и выяснялось истинное видение своей внешности и отношение окружающих к пациенту после пластического вмешательства.

В результате исследования было выявлено, что у психически здоровых пациентов реконструктивные пластические операции дают хорошие результаты. Были выявлены отдельные категории людей, которые по причине своего психологического склада являются довольно рискованными субъектами для проведения операций. Далеко не каждый пациент адекватно оценивает свои желания, что в итоге может привести к ухудшению его психологического состояния даже после удачного проведения пластической операции. Определена «группа риска пациентов», которым не рекомендовано пластическое усовершенствование.

Это те пациенты, которые желают провести коррекцию минимальных отклонений от нормы, они стремятся к анатомическому совершенству, а не просто к улучшению своей внешности; те, кто не желает проводить коррекцию одного или нескольких отклонений, а хочет подвергнуться большому количеству операций; те, у кого имеются очевидные, диагностированные психические заболевания или проблемы.

Пластические операции не следует проводить пациентам с обостренной формой шизофрении, психозом или паранойей. Хирургическое вмешательство может быть назначено в этих случаях, только если будет установлено, что целью операции не является психоз. В подобных ситуациях пластический хирург, врач-косметолог работает только при тесном контакте с психиатром.

Результаты исследований также свидетельствуют о том, что у пациентов с четко установленными психическими заболеваниями состояние после пластической операции может улучшиться, если операцию проводят в сочетании с психотерапией. Такие пациенты, независимо от степени имеющихся у них психических отклонений, должны иметь реалистичные и четко определенные ожидания и понимать, какие возможности и ограничения связаны с планируемой операцией.

Другую группу пациентов, являющихся неподходящими кандидатами для пластической хирургии, косметологии, составляют пациенты с дисморфофобией. Эти люди убеждены, что они выглядят очень странно, несмотря на то, что в их внешности нет совершенно ничего ненормального. Обычно это люди со склонностью к перфекционизму и нарциссизму. Они, как правило, эгоистичны, одержимы навязчивой идеей и очень много ожидают от операции — не только улучшения своей внешности, но и повышения интеллектуальных способностей и достижения профессионального успеха. Операции у пациентов этой группы редко приводят к тому, что пациенты становятся удовлетворенными и счастливыми.

Существуют и другие причины, по которым хирург, врач-косметолог предлагает обратиться за консультацией к психологу. Например, пациентам, чьи ожидания далеки от реальности: желание восстановить идеальную внешность после серьезной аварии или тяжелой болезни, а также пациентам, одержимых верой в идеальную жизнь после изменения незначительных недостатков их внешности. Такие кандидаты не подходят для проведения операции, пока не осознают, что результаты хирургического, эстетического вмешательства не могут точно соответствовать их ожиданиям.

В заключении стоит отметить, что психология, психиатрии и пластическая и эстетическая хирургия - это взаимосвязанные отрасли науки. Возросшая популярность пластической и эстетической хирургии среди мужчин и женщин привлекла к ней интерес и со стороны профессиональных психологов и психиатров, которые пришли к выводу, что учитывать душевное состояние пациента и его психологический тип перед операцией не менее важно, чем состояние физического здоровья. В следствие этот фактор может сыграть решающую роль в жизни пациента и его пластического хирурга. Людям, которые хотят что-то изменить в себе с помощью хирургии, эстетической пластики нужно многое осознать и изменить в своих мыслях.

В качестве общего психологического правила для пластической хирургии можно принять следующее: пациент, который может четко определить и конкретно указать свои желания и их причины, является более подходящим кандидатом для проведения пластической операции, чем пациент, который этого сделать не может. К сожалению, многие психиатры и психологи очень мало знают о пластической хирургии, а некоторые из них выступают категорически против нее, несмотря на результаты некоторых исследований, свидетельствующие об оказываемом вмешательством положительном психологическом эффекте.

В том случае, если пластический хирург проводит оценку конкретного пациента совместно с психологом или психиатром, для них очень важно взаимопонимание, согласие и тесное сотрудничество, с тем чтобы оценка была правильной. Улучшение внешности, достигаемое при пластической операции, предоставляет человеку дополнительные возможности для повышения качества жизни и гармонизации

межличностных отношений, но никак не отвечает за их реализацию. Ощутимые изменения возможны лишь при включении программы психокоррекции в систему комплексной реабилитации пациентов, прибегающих к услугам пластической хирургии.

УДК 616.89-02-085; 616.89-02-084

М. А. Омельченко, А. О. Румянцев

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

Организация: ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Научный руководитель: заместитель директора НЦПЗ по развитию и инновационной деятельности, профессор, доктор медицинских наук В.Г. Каледа

Введение. В последние десятилетия фокус внимания исследователей сместился на проблему профилактики и раннего лечения психических заболеваний. Так, по данным метаанализа нескольких сотен исследований [1] было показано, что терапевтическое вмешательство на доманифестном этапе эндогенных психозов снижает риск манифестации, по некоторым данным, до 50% за 12 мес. катамнестического наблюдения [2]. Однако вопрос о терапевтической тактике таких больных остается открытым. В то время как ряд исследователей сообщает об эффективности назначения низких доз антипсихотиков [3], другие свидетельствуют об опасности такого подхода с последующим возможным развитием ятрогенного «гиперсенситизированного» психоза [4] и рекомендуют использовать антидепрессанты, нормотимики и другие группы лекарственных средств.

Цель. Определить подходы к терапии больных юношеского возраста из группы высокого риска манифестации шизофрении.

Материалы и методы. Обследовано 84 больных юношеского возраста (16-25 лет), впервые госпитализированных в клинику НЦПЗ с 2013 по 2016 гг с непсихотическими формами психических заболеваний, соответствующих следующим диагностическим рубрикам по МКБ-10: F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34., F60 и F21. Критериями включения служило наличие в психопатологической структуре основного синдрома аттенуированных (ослабленных) психотических симптомов (АПС), которые в настоящее время рассматриваются как критерии высокого риска манифестации шизофрении [5], отсутствие выраженной негативной симптоматики, клинически значимых соматических и неврологических расстройств, отсутствие в анамнезе психотических эпизодов, а также продолжительность заболевания менее 5 лет, что позволяло расценивать состояния, как ранние этапы психических расстройств.

Применялся клинико-психопатологический, психометрический метод. Для оценки степени выраженности аттенуированной психотической симптоматики использовалась шкала оценки продромальных симптомов SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms). Для оценки выраженности депрессивных симптомов применялась шкала Гамильтона HRDS (Hamilton Rating Scale for Depression). Также больные обследовались по шкале оценки побочных явлений проводимой психофармакотерапии UKU (Udvald for Kliniske Undersogelser Scale).

Результаты и обсуждение. Были проанализированы основные подходы к терапии больных юношеского возраста. В связи с тем обстоятельством, что большинство обследованных больных впервые в жизни начинали принимать психофармакотерапию, лечение начиналось с низких доз лекарственных препаратов, темпы наращивания доз устанавливались индивидуально в зависимости от переносимости и эффективности. Выявлена низкая эффективность антидепрессантов и нормотимиков в отношении купирования аттенуированных психотических симптомов, таким образом, препаратами выбора явились атипичные антипсихотики, показавшие как высокую эффективность, так и лучшую переносимость при длительном применении. Среди наиболее часто встречающихся побочных явлений по шкале UKU в первые 2 недели терапии были следующие: 1) психические побочные явления: нарушение концентрации внимания (n=7 – 8,3%), сонливость/седация (n=13 – 15,5%), нарушение памяти (n=5 – 5,9%), увеличение продолжительности сна (n=17 – 20,2%), увеличение интенсивности сновидений (n=10 – 11,9%), 2) неврологические побочные эффекты: дистония (n=15 – 17,8%), ригидность (n=9 – 19,7%), тремор (n=21 – 25%), 3) вегетативные побочные явления: нарушения аккомодации (n=11 – 13,1%), усиление слюноотделения (n=6 – 7,1%), снижение слюноотделения (сухость во рту) (n=12 – 14,2%), запоры (n=25 – 29,8%), нарушения мочеиспускания (n=13 – 15,5%), ортостатизм (n=19 – 22,6%), тахикардия (n=8 – 9,5%). Для купирования психических побочных явлений применялась коррекция дозировок, в некоторых случаях производилась замена ведущего нейролептика. Неврологические побочные явления редуцировались при назначении холинолитиков (тригексифенидил или бипериден). Лечение вегетативных побочных явлений психофармакотерапии производилось симптоматически. В дальнейшем побочные явления не выявлялись.

Лечение больных с непсихотическими формами психических расстройств с АПС в структуре ведущего синдрома условно было разделено на 2 этапа: купирующую и поддерживающую терапию.

Купирующая терапия. Препаратами первой линии оказались атипичные антипсихотики (кветиапин, оланзапин, рисперидон, арипипразол) в средней суточной дозе в пересчете на хлорпромазиновый эквивалент – 152,6 мг/сут. При неэффективности этих препаратов применялись нейролептики второй линии (флупентиксол, трифлуоперазин, бутирофенон, зуклопентиксол, клозапин). При этом их средняя суточная доза составляла 263,4 мг/сут. Для ускорения подбора оптимальной психофармакологической схемы показанием для смены нейролептика и выбора его из препаратов второй линии служило отсутствие результатов терапии средними дозами в течение первых 10-14 дней лечения, т.к. клинически показано, что дальнейшее повышение дозы до максимальных вызывало значительное увеличение побочных явлений у больных. Также было установлено, что нейролептики первой линии оказывались недостаточно эффективными у пациентов с суммарным баллом по шкале SOPS $\geq$ 40. При этом продолжительность АПС не влияла на результаты терапии. В дальнейшем отсутствие ожидаемой динамики редукции АПС на фоне лечения служило показанием для коррекции терапии.

Так же был проведен анализ эффективности краткосрочной психотерапии данных больных в условиях стационара. В связи с непродолжительным временем

пребывания пациента в стационаре (в среднем $6,5 \pm 2,1$ недели) психотерапевтическое вмешательство состояло всего из нескольких сеансов, что несколько ограничивало круг возможных техник и подходов психотерапии. Применялась как индивидуальная, так и групповая психотерапия для наиболее эффективного восстановления нарушенных интерперсональных отношений. Групповая психотерапия использовалась в различных формах: арт-терапия, групповая дискуссия (беседы, обсуждение, упражнения) и пр. В комплексе с индивидуальной и групповой терапией применялась также семейная терапия, направленная на улучшение отношений в семье и создание терапевтического альянса между пациентом, врачом и его родственниками.

Поддерживающая терапия. После проведения курса купирующего лечения к моменту выписки пациентов из стационара было установлено, что не все больные могли быть исключены из группы риска манифестации шизофрении. В некоторых случаях обратное развитие АПС оказалось клинически незавершенным с упорной персистенцией аттенуированных психотических симптомов на резидуальном уровне при практически полной редукции ведущего психопатологического синдрома. Таким образом, для определения подходов к поддерживающей терапии была оценена степень редукции общего балла по шкале SOPS и по шкале HDRS за время стационарного лечения. На основании этого больные были разделены на две группы: 1-я ($n=59 - 70,2\%$) с гармоничной редукцией баллов по обоим шкалам более 50% на момент выписки, и 2-я ($n=25 - 29,8\%$) с персистенцией АПС на фоне купирования расстройств аффективного регистра (редукция суммарного балла по шкале SOPS – менее 50%, по шкале HDRS – более 50%). Терапевтические рекомендации для пациентов обеих групп существенно отличались. Больным 1-й группы рекомендовалась поддерживающая терапия антидепрессантами и/или нормотимиками с продолжением приема атипичных антипсихотиков в низких дозировках с последующей их полной отменой во время симптоматической ремиссии. Больные были оповещены о необходимости возобновления антипсихотической терапии при возможном рецидиве состояния. Больным 2-й группы было рекомендовано долгосрочное продолжение приема комплексной поддерживающей терапии в сочетании нейролептиков в минимальных эффективных дозах с антидепрессантами и/или нормотимиками. Во всех группах в качестве поддерживающей терапии использовались те же антипсихотики, которые оказались эффективны и хорошо переносятся при купировании состояния в стационаре.

Выводы. Установлено, что в лечении пациентов с непсихотическими формами психических расстройств, соответствующих критериям группы риска манифестации шизофрении, ведущее положение занимают антипсихотики, причем в некоторых случаях не только для проведения успешной купирующей терапии, но и для длительного противорецидивного лечения.

Литература.

1. Heinssen R., Insel T. Preventing the onset of psychosis: Not quite there yet. *Schizophrenia Bulletin* 2015;41(1): 28–29
2. Stafford M., Jackson H., Mayo-Wilson E., Morrison A., Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:185-198

3. Woods S., Tully E., Walsh B., Hawkins K., Callahan J., Cohen S., et al. Aripiprazole in the Treatment of the Psychosis Prodrome. An Open-Label Pilot Study. *The British Journal of Psychiatry* 2007;191(s51):96-101
4. McGorry P., Alvarez-Jimenez M., Killackey E. Antipsychotic medication during the critical period following remission from first-episode psychosis: less is more. *JAMA Psychiatry* 2013;70(9):898-900
5. Woodberry K., Shapiro D., Bryant C., Seidman L. Progress and future directions in research on the psychosis prodrome: A review for clinicians. *Harvard Review of Psychiatry*. 2016;24(2):87-103

УДК 615.851

А. Я. Перехов
**СОМАТИЧЕСКОЕ, ДУШЕВНОЕ,
ДУХОВНОЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ**
Ростов-на-Дону

В современной психологии и психиатрии в процессе разработки научных теорий личности все яснее выступает стремление найти общие пути научного и религиозного (философского) понимания личности, а в практической работе психологов, психиатров и священников - идти путем взаимопомощи, взаимоуважения и взаимообмена опытом в подходе к вопросам воспитания здоровой личности и лечения больных людей. Основой данного сообщения являются базовые работы известного психиатра советского периода Д.Е.Мелехова и ныне здравствующего ученого, преподавателя и клинициста Б.А.Воскресенского. Тезис, ставший в XIX веке догматом, о том, что наука может успешно свести все психические проявления человека к физическим и химическим понятиям, измеряемым в пространстве и во времени, расцениваются как "опасность современной цивилизации и важнейшая методологическая ошибка" (А. Харди). Так всеобщим и императивным требованием становится рассмотрение человека как целого, во всей полноте его физических, психических и духовных проявлений, как духовной личности. И это бесспорное достижение современной научной мысли, в особенности по сравнению с тем периодом, когда само понятие личности в нашей научной и художественной литературе было одиозным, а психология и социология, как ненаучные дисциплины, объявлялись ненужными. Верующий психолог или психиатр, современный думающий священник могут и должны с интересом следить за тем, как углубляется и расширяется мышление современных материалистов в исследованиях и теоретических концепциях личности и ее развития в норме и патологии. Атеисты и агностики, со своей стороны, должны обязательно учитывать многовековой опыт великих религий и, в первую очередь, христианства в понимании духовной сути человека, не подвластной прямому экспериментальному препарированию. [1] В свете решаемой проблемы принципиальным становится вопрос определения психического здоровья. При использовании термина «психическое здоровье» возникает семиологическая путаница, а затем и нарушение методологического процесса рассмотрения проблемы. Это связано с тем, что в нашей стране за многие годы Советской власти нивелировались и забылись такие термины как «духовное и нравственное здоровье». Психическое (душевное) здоровье входит лишь составной

частью в понятие «духовного» здоровья, фактически определяя наличие или отсутствие психопатологии. При рассмотрении данной проблемы на первый план выступают два основных крайних направления, рассматривающих проблему соотношения психического здоровья и болезни. При нозоцентризме мышление ориентировано на поиск болезни или патологии. Проявляется тем, что любой отклоняющийся от ожидаемого признак человеческой психики квалифицируется как признак болезни, симптом или синдром. Доведенное до крайности и абсурда нозоцентрическое мышление во всем многообразии психической деятельности человека находит девиантность, "скрытые", "недоразвитые" или явные психические болезни. Это приводит к стигматизации психиатрии, «профессиональному кренинизму» психиатров с утверждением, что «здоровых людей нет, есть только недообследованные...» Подобный подход ведет к ортодоксальности, патернализму и, часто сочетаясь с гипердиагностикой психических болезней, способствует нарушению прав человека. При нормоцентризме мышление ориентировано на поиск только саногенных факторов

При таком подходе даже самые отклоняющиеся формы поведения психологизируются, объясняются ситуацией, воспитанием, социальной действительностью и не выводятся за рамки психического здоровья. Абсолютизация этого принципа лежит в основе антипсихиатрии [6]. Психическую болезнь в современной американско-европейской психиатрии определяют следующим образом (Оксфордское руководство по психиатрии, 1989): как отсутствие здоровья, как наличия страдания, как патологический процесс, проявляющийся формальными психопатологическими нарушениями в виде синдромов. Именно последнее позволяет четко ограничить рамки психических болезней, ведь абсолютного здоровья и отсутствие страданий практически не встречается, а если и встречается, то скорее свидетельствует о дефицитности психики, прежде всего эмоциональной сферы. Особенно это характерно для современной психотерапии, которая любое духовное и психологическое неблагополучие предлагает «лечить», хотя признаков психической болезни нет и в помине. Исторически человечество привыкло либо к «лечению» психических болезней либо к духовной (религиозной) помощи, которая в эпоху размытия веры востребовано мало (хотя в то же время в России практикуют сотни тысяч знахарей, колдунов, экстрасенсов), о том, что проблемы духовной, социальной жизни можно решать с помощью научной психологии большинство людей не знает. Точное методологическое (т.е. истинно научное) положение по отношению к психическому здоровью-нездоровью лежит в основе целостного учения о человеке на основе христианского опыта Макса Шелера — немецкого философа и социолога, одного из основоположников философской антропологии. В основе этого учения - необходимость учитывать все слои личности: соматические, витальные, психические и духовные в их взаимодействии. Предмет исследования - человек как целое, как духовная личность, обладающая известной автономией в отношении биологических и психических процессов. Религиозные переживания не нечто случайное или только отражающее общественные отношения: они имеют определенные значения во всей целостной системе личности, в общей "иерархии ценностей" в жизни личности. того, личная духовная сфера мыслится как доминирующая и находящаяся в определенных отношениях с душевной и биологической.. Именно на почве такого синтетического

учения о личности человека ("персоналистическая антропология"), учитывающего все слои бытия, возникают плодотворные отношения между теологом, психиатром и психологом, и устанавливаются правильные отношения между наукой и религией.

Единство и гармония всех сторон человеческой личности считается признаком здоровой личности, состояние, которое дано было человеку в его первозданной чистоте, затем было утеряно в результате пренебрежения законами духовной жизни и теперь является заданным человеку, искомым состоянием: "чтобы ваш дух, душа и тело были совершенны во всей полноте и без всякого недостатка". Это завещание апостола Павла проходит через все века. Клиническая психиатрия рассматривает закономерности распада душевной деятельности; конечно, при этом могут нарушаться направленность личности, ее этические, эстетические установки, соматическое состояние, но эти сферы (духовная и телесная) имеют, прежде всего, свои закономерности нарушений, которые далеко не всегда сочетаются с душевной патологией, "подчиняются" ей. Клиницизм — это понимание психического заболевания как разрушения прежде всего душевных (в употребляемом здесь узком смысле) структур и соответствующих им соматоцеребральных сдвигов. [2] Важно не расширять рамки психической патологии, а это угроза вполне реальна при нынешнем интересе к пограничной психиатрии, при активном проникновении психиатров в соматические больницы, а психотерапии в сферу семейных отношений, межличностных контактов с попыткой объяснения смысла жизни («Психопатология обыденной жизни» З.Фрейда).

Опасность представляют как упрощенная биологизация ("психические болезни — болезни мозга"), так и вульгарное социологизирование, когда всякое социально негативное явление, любое тягостное для субъекта переживание оцениваются как источник или проявление психической патологии. Изолированное рассмотрение духовного не входит в компетенцию клинической психиатрии [3] Даже при психогениях врач не "перевоспитывает" больного, не "обращает его в иную "веру", а лишь подводит к этому. Разграничение душевного и духовного принципиально, оно позволяет не превращать психические болезни в социопатии в самом широком смысле. Не надо изгонять из психиатрии духовный мир личности, но предметом психиатрического анализа он может стать, только если в нем обнаруживается специфическое психопатологическое качество. Часть душевных заболеваний имеет явно телесные, соматические, основы (экзогенные психические расстройства). Другая группа — психогенные заболевания — обусловлена человеческими отношениями, столкновениями. При значительной части психических заболеваний не обнаруживается явных внешних патогенных воздействий, соматических (органических) или психотравмирующих. Эти болезни разветвляются как бы спонтанно, эндогенно. Психические болезни любой природы могут соматизироваться. (психосоматические расстройства). Классический пример – соматизированные депрессии. В других случаях страдает духовный облик больного, патологически изменяются мировоззрение, увлечения, нравственные понятия, поведение (психопатизация, деградация и распад личности). Классический пример – болезни зависимости. Каждое отдельное переживание, симптом могут "встречаться в норме" — иметь нормальный аналог или же обнаруживаться в цепи одного из путей психопатологического изменения личности.

Так, злоупотребление алкоголем — это и бытовое пьянство, и невротическое изменение поведения, и симптоматический алкоголизм больного шизофренией, и расторможение, искажение влечений при органической патологии (в том числе и собственно алкоголизме).

Педофилия — может быть особенностью характера, личностными влечениями (без реализации), девиантным безнравственным поведением, патологической болезненной сексуальной зависимостью, также безнравственной и преступной, но с уменьшением возможности контролировать свои деяния. А гомосексуализм выпал в настоящее время из критериев психического заболевания и должен рассматриваться только с психологической (психофизиологической) и социо-культуральной позиций. Если больные шизофренией (исходя из концепции В. А. Геодакяна о значении дифференциации полов в эволюционном преобразовании генетического фонда) — это люди будущего, если шизофреническая психика — «неудачный вариант» каких-то иных, новых форм психической деятельности, то проблема "гениальности и помешательства" (великие научные прорывы, совершенно новые направления в искусстве) в этом случае приобретает новый смысл. Иначе говоря, в будущем будут люди столь же интересные, оригинальные, как некоторые больные шизофренией, но только здоровые. Интересен в этой связи «рискованный вывод» Д. Е. Мелехова (1997), что особая духовная возвышенность, духовное здоровье в некоторых случаях возникают на основе душевной болезни: "Но это именно и есть такие случаи духовного здоровья, даже просветления при болезненной душевной организации, когда высокое духовное здоровье помогает компенсировать дефекты психической организации, но в то же время эта компенсация остается неполной и достигается только при условии такого именно модуса поведения". Трактовка нормы как оптимальной адаптации оказывается бессодержательной, так как, во-первых, окружающая среда бесконечно изменчива и, во-вторых, сущность человека определяется его творческим, созидательным отношением к действительности. Критерии нормы нравственной, правовой, культурной, этнической, психической ("психопатологической") не совпадают.

Можно быть гением, преступником и душевнобольным одновременно или лишь кем-то одним или же подпадать под два определения и прочее. Все эти варианты, сочетания — разный взгляд на единую по существу человеческую личность. "Одни и те же проявления психической жизни человека необходимо рассматривать в разных плоскостях духовного и душевного» [5] Здесь один из неустраняемых конфликтов психиатрии и общества, часто справедливых обвинений в расширении границ психической патологии.

Литература.

1. Воскресенский Б.А. Некоторые аспекты клинического подхода к душевнобольным-верующим // Московский психотерапевтический журнал, 2004, №4, с.131-140.
2. Воскресенский Б.А. Духовное, как социотерапевтический фактор// Независимый психиатрический журнал, 2004, №4 с. 22-26
3. Воскресенский Б.А. Психиатрия и религия: проблема разграничения нормы и патологии// Консультативная психология и психотерапия, 2005, №3, с. 29-35
4. Мелехов Д.Е. Психиатрия и актуальные проблемы духовной жизни.- М., 1997,-176С.

5. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. —М., Логос, 2013.-448 С.

УДК 615.851

И. С. Расторгуева

СОБСТВЕННАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ДЛЯ СНЯТИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Психиатрическая больница №1 г. Макеевки Донецкая Народная Республика
Ключевые слова: психическое здоровье, индивидуальная идентичность, кризис идентичности, стигматизация психически больных, нарушение самоидентичности, концепция выздоровления.

Каждый человек рано или поздно задает себе вопрос: «Кто я?», стремясь осознать сущность собственного «Я», идентифицировать себя относительно других людей. Люди тратят много времени и сил, думая о себе. И в этом смысле все мы эгоцентричны, так как «Я» для каждого человека — это центр вселенной, точка отсчета событий, времени, пространства и отношений с другими людьми. Обращение к понятию « Психическое здоровье» является важным и актуальным, т.к. выступает в качестве центрального понятия в современной профессиональной и практической деятельности врача-психиатра.

ВОЗ выделяет следующие критерии психического здоровья, рассматривая его как способность человека реализовать свой собственный потенциал:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатами
- соответствие психических реакций(адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами.
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Понятие психического здоровья, определяемое в рамках, существующих медицинской и патопсихологической модели, выступая в качестве средства мышления в современных теоретических и прикладных аспектах психологии и психиатрии, сегодня не соответствуют тенденциям гуманизации современного общества, а также запросам психиатрической практики. В настоящее время происходит постепенный, но уверенный переход от патоцентричной (ориентация на болезнь, патологию, лечение) к современной санцентричной модели (ориентация на здоровье, оздоровление, профилактику) психического здоровья.

В качестве системного понятия, интегрирующего свойства личности, и являющегося интегративным критерием психического (личностного) здоровья, в соответствии с критериями ВОЗ может использоваться понятие идентичности (Я-концепции), как динамическое, развивающееся, структурное, многоуровневое, сложноорганизованное, целостное, процессуальное образование, как процесс переживания человеком своего «Я» как ему принадлежащего, то есть переживание тождественности самому себе, своему «Я».

Индивидуальная идентичность - отношение человека к самому себе, становление которого происходит прежде всего в ходе социального взаимодействия. В структуре идентичности принято выделять два уровня - индивидуальный и социальный. Индивидуальный уровень - это набор персональных характеристик, делающих данного индивида уникальным, социальный уровень связан с идентификацией индивида с нормами и ожиданиями социальной среды, в которую он погружен. Эти два уровня тесно взаимосвязаны, так как представления человека о самом себе возникают в результате формирующего влияния на него общественных установлений. Собственные нормы индивида могут не совпадать с нормами и ролями, которые он принимает в ходе социальных интеракций. Для формирования устойчивой идентичности необходимо достижение определенного баланса индивидуального и социального уровней. В зависимости от основания идентификации можно говорить о различных типах социальной идентичности: профессиональной, этнической, региональной, политической и т.д.

Сам термин «идентичность» входил в науку постепенно.

Теория идентификации Фрейда

Идентификация представляет собой процесс и результат построения «Я». Это понятие выступает в качестве центрального механизма формирования «Я» и может быть показателем психического развития личности. С явлением идентификации связаны такие понятия, как «Я-концепция», «концепция другого», психическое здоровье, норма психического развития, направленность личности, идеал, картина мира, жизнь, псевдо жизнь и вообще практически всё, так как это универсальное явление, проявление психической жизни. З. Фрейд ввёл в психологию феномен идентификации и с позиций психоаналитической теории определил его роль в развитии индивида. Согласно его психоаналитической концепции, развитие личности приводит к тому, что «дикий запуганный ребёнок» идентифицируется с родителем того же пола и с богом». Это делает его социализированным и нравственным. У развивающегося ребёнка постоянно идёт конфликт между бессознательными влечениями и сознательно усваиваемой нормативностью.

Понятие идентификации у З. Фрейда по существу отражает его теорию личности. Идентификация первоначально осуществляется через врождённое влечение к объекту своего пола - прежде всего к родителю (уровень ID), затем через «сверх-Я» (Super-EGO) к «Я» (EGO). При этом идентификация осуществляется через сложные чувства любви и ненависти, восхищения и зависти, нежности и агрессии.

Феноменологическим содержанием идентификации как механизма развития личности, по З. Фрейду, являются:

- бессознательное отождествление субъекта с объектом, мотивом которого называется страх потери любви (развивающая идентификация);

- страх перед наказанием за присущие субъекту сексуальные и агрессивные влечения (защитная идентификация).

С точки зрения психоанализа особенностями феномена идентификации является то, что она:

- имеет чисто эмоциональный характер;
- является единственным механизмом формирования личности, ее высшей инстанции – «сверх-Я»;
- рассматривается как механическое воспроизведение родительского прототипа на бессознательном уровне;
- структурообразующая функция идентификации ограничена детством (от 0 до 6 лет), а объект - родителями (или замещающими их лицами).

Критерии нормального самосознания по Ясперу.

1. Активность Я.

Все то, что со мной происходит, что я осознаю, я связываю с самим собой. Я переживаю собственную активность, а не кто-то вместо меня говорит.

2. Единство Я.

Самые разные сферы моей психической деятельности все равно относятся именно к моему Я, меня не пятеро, не двое, я один.

3. Идентичность или тождественность Я.

Я сегодня тот же самый, кем был вчера. Хотя я понимаю, что изменяюсь, но я все равно тот же. Постоянно активно связываем себя с самими собой. Мы активно должны совершать акт приплюсовывания себя к самому себе, потому что полная тождественность себе – это смерть или остановка времени.

4. Противопоставление Я и не – Я.

Мы всегда можем убедительно самому себе сказать, что мы не являемся каким-то предметом

Теория идентификации Эриксона

В работах Э. Эриксона основное внимание уделяется психосоциальной идентичности. Так он обозначает совокупность базовых психологических, социально-исторических и экзистенциальных характеристик личности. Каждому человеку весьма трудно составить ясное представление о себе самом. Ведь его внутренний мир противоречив.

Важнейшим механизмом формирования идентичности является, по Эриксону, последовательные идентификации ребенка с взрослым, которые составляют необходимую предпосылку развития психосоциальной идентичности в подростковом возрасте. Чувство идентичности формируется у подростка постепенно; его источником служат различные идентификации, уходящие корнями в детство. Подросток уже пытается выработать единую картину мировосприятия, в которой все эти ценности, оценки должны быть синтезированы. В ранней юности индивид стремится к переоценке самого себя в отношениях с близкими людьми, с обществом в целом - в физическом, социальном и эмоциональном планах. Он трудится в поте лица, чтобы обнаружить различные грани своей Я-концепции и стать, наконец, самим собой, ибо все прежние способы самоопределения кажутся ему непригодными.

Наиболее конструктивные определения понятия «Идентичность личности»: зрелая идентичность или психосоциальная тождественность-это твердоусвоенный и личностно принимаемый образ «себя» вместе со всем богатством отношений личности к окружающему миру и соответствующими формами поведения выступает как важная характеристика целостности личности на высших уровнях развития. Здоровая личность активно строит свое окружение, характеризуется определенным единством личности и в состоянии адекватно воспринимать мир и саму себя.

Эго-идентичность-это заряжающее человека психической энергией « субъективное чувство непрерывной самотождественности» При чем эго-идентичность – это не просто сумма принятых индивидом ролей, но так же определенные сочетания идентификаций и возможностей индивида, как они воспринимаются им на основе опыта взаимодействия с окружающим миром, а так же знания о том, как реагируют на него другие. Поскольку эго-идентичность формируется в процессе взаимодействия индивида с его социокультурным окружением, она имеет психосоциальную природу.

Личностная идентичность-это динамическая структура личности, обеспечивающая ее целостность за счет интеграции и синтеза ценностей, смыслов, отдельных идентификаций и ролей в разные периоды жизни человека. Под интеграцией понимается состояние и ведущий к нему процесс связывания отдельных частей в упорядоченное, согласованное, устойчивое, иерархически организованное целое.

идентичность (Я-концепция) имеет следующую иерархическую структуру. Вершину Я-концепции составляет Я-концентрация - «поток сознания», чувство собственной преемственности и неповторимости. В нем выделяются «Я-сознающее» и «Я-как объект», единство которых и составляет Я-концепцию индивид концепция имеет ряд модальностей-«реальное Я»(представление о том, каков я на самом деле), «идеальное Я»(каким я хотел бы быть) и зеркальное «Я» (каким меня видят другие)

Важнейшей составляющей Я-концепции является рефлексия-направленность человеческой души на саму себя.

Уровни интеграции идентичности:

- Целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности
- Диффузно-фрагментарная идентичность
- Кризис личностной идентичности

Целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности	Переживание человеком своей уникальности и бесконечности своего тождества с миром.	Функционирование на этом этапе пациентов с заболеваниями психотического регистра недопустимо.
Диффузно-фрагментарная идентичность	Отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности, низкая оценка себя с точки зрения социальных нормативов,	Пациенты используют незрелые формы психологической защиты: изоляция, отрицание, обесценивание, ипохондрия, пассивно-

	недостаточный уровень самопрития, контроль за внешними проявлениями эмоций, межличностная конфликтность, низкая мотивация социального одобрения.	агрессивное поведение, но способность ощущать реальность сохраняется.
Кризис личностной идентичности	Человек не может понять «кто он такой», трудности при выражении собственного мнения, избегание принятия решений. Разрыв связи «прошлое-настоящее-будущее». Блокировка будущего., отсутствие и неопределенность будущего. Нет связи между прежним «Я» и актуальным «Я»	Негативная трансформация идентичности, являющаяся сущностью процесса самостигматизации и приводящая к дезинтеграции самости пациента.

Уровни осознанности кризиса личностной идентичности:

1. Уровень-неосознаваемое протекание кризиса (человек может не рефлексировать выраженность негативных переживаний.)
2. Понимание «У меня (или со мной) что-то не так», однако четко сформулировать переживания затруднено.
3. Человек открыто говорит «У меня кризис, не могу понять кто я такой, я не вижу будущего».

Кризис идентичности может наступить в отсутствие травмирующего события, его причиной будет являться не реализация личностью основных ценностей, невозможность возвращения к прежней идентичности, формирования новой идентичности или нежизнеспособность актуальной идентичности

Насколько сложным может оказаться этот период показано в фильме трагикомедии Эльдара Рязанова« Старика разбойники» Николай Мячиков жил размеренной и степенной жизнью, подчиненной расписанию, и вдруг, с выходом на пенсию, в его жизнь ворвался новый для него, хаотичный мир.

Одним из компонентов расстройств психотического круга является искаженное,дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности. Различными авторами отмечается качественное своеобразие Я-концепции больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа Я, искаженное отраженное Я, нарушение границы собственного Я, низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам .

Принято считать, что дезинтеграция сложившейся до болезни идентичности личности на основе которой формируется активное, действующее экзистенциальное «Я», в частности, процессы самореализации, самоэффективности и самоконтроля,

является основным механизмом самостигматизации больных шизофренией. Эти изменения Я-концепции или идентичности личности являются универсальным признаком, лежащим в основе разнообразных нарушений психосоциальной адаптации больных, их способности к адекватному функционированию, снижения качества жизни. При кризисе идентичности разрушается способность к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе. Все категории идентичности отличаются низким качеством функционирования: идентичность диффузная, «Я» и объект-репрезентации не дифференцированы, слиты, способность различать себя и другого, внешнюю и внутреннюю реальность отсутствует или сильно снижена. Преобладают примитивные защитные механизмы (отрицание, проекция). Способность к оценке реальности отсутствует или сильно искажена. Утрачивается способность как понимания социальных норм, так полученные данные исследований проф. Абрамова В.А. об особенностях интеграции идентичности личности у больных шизофренией свидетельствуют, что у 80,0 % больных шизофренией после первого психотического эпизода сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности и только у 20,0 % он снизился до уровня диссоциированного или диффузно-фрагментарного. Кризиса идентичности не наблюдали.

При рецидивной динамике болезни с относительно непродолжительной ее длительностью, но с достаточно интенсивными формами традиционного психиатрического вмешательства, значительно сокращается число больных с целостно-дифференцированным уровнем интеграции идентичности и существенно нарастает количество пациентов с дезинтегрированными формами идентичности. У больных с более длительной продолжительностью болезни (более 5 лет) и выраженной зависимостью от психиатрических служб в 100 % случаев наблюдался распад Я-концепции с утратой целостно-дифференцированных свойств идентичности.

Характеристики стадий стигматизационной самоидентификации, отражающих уровень дезинтеграции идентичности личности.

Начальные стадии (1—2) формирования самостигмы характеризуются осознанием и принятием негативной идентификации больных с психическими расстройствами на фоне целостно-дифференцированного уровня интеграции идентичности. Этот уровень интеграции идентичности предполагает наличие баланса динамичности/статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности. Высокая степень дифференцированности предполагает осознание и выделение личных сторон и качеств своего «Я». Целостность означает переживание внутреннего единства, несмотря на кажущуюся разновидность качеств «Я». Целостность образа «Я» зависит от особенностей осознания рефлексии себя: чем выше уровень рефлексии себя, чем шире и богаче то содержание, с позиций которого человек осуществляет рефлексии себя, тем устойчивее его «Я», тем сохраннее целостность личности. Таким образом, «целостно-рефлексивное Я», как переживание человеком своей уникальности и бесконечности, своего тождества с миром представляет собой стержень целостности личности.

На этом фоне в сознании пациента актуализируются стереотипные представления о существовании в макро - и микросоциальной среде феномена

выделения и «маркировки» человека с психиатрическим диагнозом и присвоения ему негативных качеств в соответствии с предубеждениями и стереотипами обесценивания и дискриминации лиц с психическими расстройствами.

При этом подчеркиваются собственные отличия от «типичного» психически больного, что позволяет пациенту отождествлять себя со здоровыми (нормальными) людьми, несмотря на формальное признание наличия у себя психического расстройства (1-я стадия).

Во второй стадии самостигмы формируется внутреннее согласие и принятие негативного контекста стереотипов по отношению к психически больным (недостойный, ничего не стоящий, неспособный достигать конкретных жизненных целей), убеждение в их правдивости и реалистичности. Осознание оппозиционной настроенности общества по отношению к этой группе больных способствует формированию готовности к категориальной идентификации на «здоровых» и «больных», сокрытию фактов, подтверждающих принадлежность к «группе больных», тревожных ожиданий, относящихся к себе и своей дальнейшей жизнедеятельности. При наличии высокой самооценки, высокого качества жизни, социальной поддержки и высокого уровня социального функционирования не исключается включение механизмов расширения личностных возможностей противодействию дальнейшему формированию самостигмы. Следующие две стадии формирования самостигмы отражают особенности диффузно-фрагментарной идентичности.

3-я стадия характеризуется эмоционально-мотивационным напряжением с переживаниями высокой субъективной значимости психиатрического диагноза и многочисленных рисков для дальнейшей собственной жизнедеятельности, угрозы существенного снижения качества жизни и дискриминации. Происходит обесценивание «Я» с точки зрения возможностей, достижения личных целей и совладания с болезнью, переосмысление основных (прежних) ценностей своей жизни с чувством их безнадежной утраты, ограничение мотивации к социальным контактам. Дальнейшая динамика формирования самостигмы и образа жизни пациента определяется занятой им социальной нишей: или это жизнь среди здоровых людей с позитивным отношением к себе, или это жизнь в обществе психически больных в неформальном коллективе психиатрического стационара, или это существование вне активных контактов с социумом.

4-я стадия стигматизационной самоидентификации характеризуется готовностью к категориальной идентификации на «больных» и «здоровых», к деидентификации от психически здоровых людей в личностной и социальной сферах, исходной готовностью категории «Я — психически больной». Отмечается слабая структурированность образа «Я» и его границ с заниженной и неадекватной самооценкой, выраженная озабоченность своим положением в обществе и перспективой

Заключительные стадии самостигматизации характеризуются различной степенью выраженности кризиса личностной идентичности.

На **5-й стадии** происходит формирование деструктивных статусов личностной и социальной идентичности, отражающих обесценивание личности, снижение самооценки, самоуважения, самоэффективности, а также переживания отчуждения,

уязвимости, и собственной несостоятельности и некомпетентности. Этот уровень дезинтеграции идентичности отражает отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности. Больному с таким статусом идентичности свойственно дисгармоничное функционирование смысловых, когнитивных и поведенческих структур личности, в частности, фрагментарность и противоречивость представлений о себе, о качествах «Я», выраженность иррациональных установок, ослабление способности тестировать реальность, низкая оценка себя с точки зрения соответствия социальным нормативам, недостаточный уровень самопрятия, эмпатии и контроля за внешними проявлениями эмоций, межличностная конфликтность, низкая мотивация социального одобрения. Больные используют незрелые формы психологической защиты: изоляция, отрицание, обесценивание, ипохондрия, пассивно-агрессивное поведение, однако способность ощущать реальность сохраняется.

Концепция «Я» характеризуется диссоциативностью, ригидностью, теряется способность избирательно реагировать на изменение окружающей среды, то есть способность к творческой адаптации. В силу этого некоторые особенности качества «Я» не осознаются, а следовательно, не интегрируются в целостное представление о «Я». Поведение становится однообразным и стереотипным. Принятие «Я» находится в прямой зависимости от мнений других людей, значимых для пациента. Самооценка при этом отличается ситуативностью и нестойкостью. При таком статусе идентичности характерны отсутствие обязательств, целей, ценностей и убеждений, холодные, дистанцированные отношения с окружающими, не предпринимаются активные попытки к их восстановлению. При отсутствии ясного чувства идентичности больные переживают ряд негативных состояний, включая пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний, потерю самоуважения и самооценки. Больные избегают ситуаций, в которых чувствуют себя глубоко презираемыми и неуважаемыми. Соглашаясь со стигмой и применяя ее к самим себе, пациенты чувствуют себя недостойными, ничего не стоящими или не способными достичь конкретных жизненных целей. Неуверенность в успешной деятельности в конкретной ситуации связана с их неспособностью к самостоятельной жизни, управлению различными обстоятельствами, реализации жизненных целей. Негативная стигматизирующая атрибуция личности, восприятие здоровых людей как «чужих» определяют непреодолимую дистанцию между больным и обществом.

6-я стадия формирования самостигмы отражает наиболее выраженный уровень кризиса (дезинтеграции) идентичности личности и характеризуется полным принятием статуса «члена когорты пациентов как маргинальной группы» с избеганием контактов со здоровыми людьми, дистанцированием от потенциальных стигматизаторов и фактической утратой социальных навыков, реальных полномочий, жизненных целей и мотивации к изменению сформировавшейся деструктивной идентичности. Деструктивный кризис идентичности определяется как несоответствие сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. Однако, в отличие от возрастных конструктивных, потенциально нормативных кризисов, кризис идентичности у больных шизофренией субъективно не

переживается как состояние поиска новых возможностей и решения возникающих проблем, не приводит к достижению новой идентичности, более адекватной текущему опыту. Это состояние характеризуется потерей внешних и внутренних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных), что порождает ощущения растерянности, «размытости» личностных границ, потери контроля над собой, неуверенности в себе, уход от реального мира; общей дезинтеграцией личности. Базовой предпосылкой формирования кризиса индивидуальной идентичности является невозможность индивида соотносить внутренний мир с внешним.

Важным аспектом кризиса идентичности, приводящим к резким изменениям привычных устоев жизни, является нарушение ощущения собственной непрерывности и удар по ценностно-смысловой системе, который сопровождается переосмыслением основных ценностей своей жизни и утратой социального призвания. При этом пациент воспринимает себя только в одной роли — роли пациента, обесценивая остальные компоненты своей жизни и разрушая условия для дальнейшего развития личности и ее продуктивной деятельности. При кризисе идентичности разрушается способность к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе.

Уровни кризиса:

- когнитивный;
- эмоциональный;
- ценностно-смысловой;
- социальный.

Когнитивный уровень связан с невозможностью другим из-за боязни быть непонятым. Больной перестает доверять своим чувствам о мире, о нем самом, о том, что он воспринимает, проживает и делает. Собственное состояние воспринимается как усталость, отсутствие сил и энергии.

Кризис личностной идентичности характеризуется разрывом связи, нарушением непрерывности переживания «прошлое - настоящее - будущее», которое является одним из его обязательных индикаторов. Это происходит из-за распада целостности ценностно-смысловой структуры личности, искажения чувства времени и смысла жизни. Базисным расстройством переживания времени при кризисе личностной идентичности является блокировка будущего. Такое восприятие времени сопровождается чувством отстраненности, пустоты, ощущением, что события проходят мимо. В сознании больного реальная ситуация предстает как отсутствие будущего, его ненужность и неопределенность, что выражается в словах «впереди ничего нет», «будущего не видно», «впереди нет смысла, нет почвы под ногами». Переживанию утраты будущего сопутствуют ощущения внутренней пустоты и бессмысленности. Поэтому кризис личностной идентичности больных, с одной стороны, отражает ее нежизнеспособность, а с другой стороны — принципиальную невозможность возвращения к прежней идентичности или формирование новой.

При этом следует отметить, что заключительный этап процесса формирования самостигмы, в основе которого лежит кризис идентичности личности, ассоциируется с

малообратимым процессом маргинализации. Этот процесс осуществляется параллельно с социальным отчуждением и дистанцированием пациента от других.

Однако приобретение статуса маргинала (изгоя) возможно только в случае невыхода пациента из референтной социальной группы и продолжения жизнедеятельности в привычной для него среде, с постоянным ощущением бессмысленности групповых норм и отсутствия ценностей. При этом изначальная неопределенность самоидентификации личности постепенно сменяется утратой социальной идентичности, т. е. социальных и психологических связей с микросоциальным окружением.

Критериями маргинальности человека с психическим расстройством, на наш взгляд, являются: а) деидентификация со здоровыми в референтной группе; б) вынужденные изменения в социальном положении — потеря социального статуса; в) «фатальность» сложившейся ситуации (отсутствие возможности изменить ее или ее составляющие в положительном направлении) с пессимистической оценкой перспективы; г) неспособность адаптироваться и преодолеть чувство ущербности.

Наиболее типичной особенностью процесса маргинализации пациента, как конечной стадии стигматизационной самоидентификации (самоопределения), является ретретическое поведение (от англ. *retreat* — бегство, уход в себя, бегство от реальной жизни). Этот тип девиантного поведения отличается отрицанием норм, целей, рациональных форм человеческой активности, одобряемых обществом, и институциональных средств их достижения. Пациент с такими формами поведения самоизолируется от общества, отказывается от взаимодействия с ним, проявляет беспомощность, отказывается от борьбы за жизнь. С другой стороны, такой стиль жизни как стигматизационный ретритизм или дрейф в направлении девиантной субкультуры сопровождается отчуждением и социальным исключением больного, разрушением привычных устоев жизни.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности у больных шизофренией характеризуются потерей чувства самого себя, невозможностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости.

В рамках диссертационного исследования в учреждении планируется программа психодиагностического исследования гипотетического личностного конструкта «Осознание собственной идентичности». Данное исследование будет проведено с использованием следующих методик:

Методика исследования личностной идентичности В.Б. Никишиной, Е.А. Петраш. Тест «Кто Я» М.Куна и Т. Макпартленда. Шкала интерперсональной эгоидентичности методики OMEIS Р.Д. Адамса.

- Опросник самости Е.Т. Aiggins/
- Методика Будасси и исследования Я-концепции
- Методика изучения Я-концепции Кемпбелла-SCC
- Методика «Я-метафоры» А.Г. Жилиева

- Опросник временной перспективы Зимбардо
- Шкала самодетерминации К. Шелдона
- Стрем-тест А.Эллиса
- Методика «Отнологическая уверенность» Н.В. Коптевой (ОУ-СД и психометрическая)

Литература.

- 1.Абрамов В.А. Личностно – ориентированная психиатрия: ценностно – гуманистические подходы [Текст] / В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Г.Г. Путятин. – Донецк, Каштан 2014. – 148с.
- 2.Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства [Текст] / В.А. Абрамов. – Донецк, 2000. – 129с.
- 3.Абрамов В.А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов [Текст] / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов. – Донецк, ООО «Лебедь», 2002. – 279с.
- 4.Лиманкин О.В. Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания [Текст] / О.В. Лиманкин, С.М. Бабин. – Санкт - Петербург 2016. – Выпуск III. – 462с.
- 5.Тараканова Е. А. Корреляция вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией [Текст] / Е. А. Тараканова, Н. Я. Оруджев // Вестник РАМН. – 2010. – № 6. – С. 16-20.
- 6.Михайлова И. И. Клинико-психологические факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп [Текст] / И. И. Михайлова, В. С. Ястребов, С. Н. Ениколопов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – № 7. – С. 58-65.
- 7.Михайлова И. И. Самостигматизация психически больных : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук :И. И. Михайлова [Текст] / М., 2005. – 18 с.
- 8.Гонжал О. А. Клиническая типология самостигматизации при шизофрении / О. А. Гонжал // Психиатрия : научно-практический журнал [Текст] / [ред. А. С. Тиганов, Н. М. Михайлова]. – 2006. – № 3. – С. 39-46.
- 9.Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией [Текст] / [О. А. Блохина, С. Н. Ениколопов, С. А. Судаков, Я. С. Оруджев] // Там же. – 2005. – № 1. – С. 26-30.
- 10.Финзен А. Психоз и стигма: Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям [Текст] / А. Финзен. – М., 2001. – 215 с.
- 11.Ястребов В. С. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях [Текст] / В. С. Ястребов, И. И. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2005. – № 11. – С. 50-55.
- 12.Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания [Текст] / [Е. Ю. Антохин, М. В. Горбунова, Е. М. Крюкова, Д. С. Долматова] // Вестник Санкт-Петерб. ун-та. – 2008. – Вып. 3. – С. 55-64.
- 13.Скрипка Е. Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами [Текст] / Е. Ю. Скрипка // Молодой ученый. – 2012. – № 7. – С. 232-237.

14. Тараканова Е. А. Особенности самостигматизации при исследовании качества жизни лиц, страдающих шизофренией [Текст] / Е. А. Тараканова, Н. Я. Оруджев // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 25-29.
15. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи [Текст] / [Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Абрамов А. В. и др.]. – Донецк : Каштан, 2011. – 25 с.
16. Фанталова Е. Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта [Текст] / Е. Б. Фанталова. – Самара : Издательский дом Бахрах-М, 2001. – 128 с.
17. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных [Текст] / М. М. Кабанов. – Л., 1978. – 233 с.
18. Вид В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование [Текст] / В. Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. – М., 1995. – Т. 5. – № 6. – С. 102-105.

УДК 159.922.1

И. Н. Розочкин, Е. А. Гришина, Л. Д. Савченко, Е. А. Брюн, Д. А. Сычев

СВЯЗЬ ПРОФИЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МИРТАЗАПИНА С ПОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», кафедра наркологии

Научный руководитель: к.м.н. Застрожин М.С.,

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Патологическое влечение к алкоголю представляет собой многокомпонентную структуру, в которой можно выделить все составляющие психической деятельности, - идеаторную, поведенческую, эмоциональную, сенсорную и вегетативную [1,2]. Часто в клинической практике врачи сталкиваются с эмоциональными, близкими к депрессивными проявлениями, патологического влечения к алкоголю, такими как, хмурый вид, необщительность, бездеятельность, неряшливость, жалобы на скуку и однообразие жизни. Терапия таких пациентов является весьма непростой задачей. Так же известно, что наличие аффективного расстройства снижает частоту ремиссий у больных с алкогольной зависимостью. Миртазапин (Каликта®) применяется в терапии больных, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся в состоянии обострения патологического влечения по аффективному типу[3]. Эффективность и безопасность миртазапина у пациентов данной группы крайне вариабельна.

Цель. Основной целью проведения данного исследования было изучения влияния гендерного фактора на эффективность и безопасность препарата из класса тетрациклических антидепрессантов Миртазапин (Каликта®) у пациентов с алкогольной зависимостью, в структуре патологического влечения, которых преобладает аффективный компонент.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 42 пациента мужского пола и 16 женского страдающих алкогольной зависимостью. Для оценки эффективности препарата Миртазапин (Каликта®) применяли международные психометрические шкалы: Пенсильванская шкала патологического влечения (PACS), Визуально-аналоговая шкала оценки влечения к алкоголю (VAS). Профиль

безопасности исследовали с помощью шкал оценки побочного действия (UKU Side-Effect Rating Scale). Исследование пациентов проводили на 1-й, 16-й день терапии, включавшей Миртазапин (Каликта®).

Результаты и обсуждение. По шкале PACS в 1-ый день лечения у мужчин и женщин - $8,31 \pm 1,55$ и $8,25 \pm 1,69$ баллов ($p=1$), соответственно, на 16-й день лечения - $1,43 \pm 0,63$ и $1,25 \pm 0,58$ ($p=0,39$). По шкале ВАШ у мужчин и женщин - $44,71 \pm 10,5$ и $50,19 \pm 10$ ($p=0,11$), на 16-й день лечения - $6,45 \pm 2,44$ и $6,06 \pm 2,89$ ($p=0,64$). По шкале UKU у мужчин и женщин баллы - $1,31 \pm 0,47$ и $1,19 \pm 0$ ($p=0,36$), на 16-й день $8,57 \pm 0,55$ и $8,56 \pm 0,51$ ($p=1$), соответственно.

Выводы. По результатам анализа не было получено статически значимой разницы в показателях безопасности и эффективности миртазапина у пациентов с разным полом, поэтому, вероятно, можно говорить об отсутствии влияния гендерного фактора на безопасность и эффективность препарата из группы тетрациклических антидепрессантов Миртазапин (Каликта®) у пациентов с алкогольной зависимостью, в структуре патологического влечения которых преобладает аффективный компонент.

Литература.

1. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии // М.: «Имидж». - 1994. – С. 216.
2. Винникова М.А. Дисс к.м.н. Постабстинентное состояние: клиника и терапия // М. - 1999. – С. 162.
3. Иванец Н.Н. Наркология: национальное руководство / Москва: ГЭОТАР-Медиа. - 2008. – С. 178.

УДК 159.942.5

Т. А. Савицкая

ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ-НЕУСТОЙЧИВОСТИ У СОТРУДНИКОВ ОВД НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛА ПОЛИЦИИ МО МВД «ЕМЕЛЬЯНОВСКИЙ»

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

Научный руководитель: доцент кафедры, к.пс.н., Е.И.Стоянова

Проблема эмоциональной устойчивости занимает одно из важнейших мест в системе наук о человеке, осуществляющем деятельность в напряженных (экстремальных, стрессовых) ситуациях. К ее решению в целом, к изучению отдельных аспектов обращались многие исследователи: Б. А. Вяткин, Э. Гельгорн и Дж. Луфборроу, П. Б. Зильберман, В. М. Игуменов, Л. А. Китаев-Смык, Ф. П. Космолинский, В. Л. Маришук, Е. А. Милерян, А. Е. Ольшанникова, В. М. Писаренко, К. К. Платонов, Я. Рейковский, Г. Селье, О. А. Сиротин, В. В. Суворова, О. А. Черникова и многие другие.

Эмоциональная устойчивость, постоянная личностная черта, которая, по мнению Я. Рейковского, выражается в чувствительности к эмоциональным стимулам и в податливости психических механизмов регуляции к разлаживанию под влиянием эмоционального возбуждения. А. В. Батрашев понимает под эмоциональной устойчивостью неподверженность эмоциональных состояний и процессов

деструктивным влияниям внутренних и внешних условий. В психологии и психофизиологии эмоциональная устойчивость исследовалась как свойство личности, способствующее высокой продуктивности деятельности в напряженных условиях; ее изучение строилось в основном на выявлении и дифференциации условий, определении разнородных физиологических и интеллектуальных факторов напряженных и ненапряженных видов деятельности, которые задают высокую степень проявления эмоциональной устойчивости.

Эмоциональная устойчивость – это свойство личности, проявляющееся в напряженных условиях ее деятельности в виде стабильных эмоций, способствующих сохранению направленности и характера действий, адекватных реакции и целям осуществляющего их человека [6].

Существуют две основные группы факторов эмоциональной устойчивости личности: внешние и внутренние. К внешним факторам, вызывающим отрицательное эмоциональное состояние человека, разрушающее его деятельность и исключающее возможность адекватного поведения, относят стресс, фрустрацию, конфликт и кризис. К внутренним факторам эмоциональности относят: эмоционально-физиологическую реактивность (возбудимость) человека; физиологическую организацию, свойства нервной системы организма; приобретенные в процессе жизни человека эмоциональные свойства.

Эмоциональная неустойчивость – это неумение регулировать свое эмоциональное состояние. Эмоциональная неустойчивость может наступать из-за воздействия внешних факторов или внутренних. В числе последних считаются различные заболевания, что влияют на психоэмоциональное состояние.

Различают два типа неустойчивости: импульсивный (характеризуется сильной возбудительностью, эмоциональностью, вспыльчивостью); пограничный (более сложное состояние, близкое к психическому расстройству). Эмоциональная неустойчивость имеет размытую симптоматику. Первым и главным признаком считается, конечно же, эмоциональность, причем она наблюдается в большей степени, чем обычно. Кроме того, наблюдаются и другие симптомы: Раздражительность (проявляется по любому пустяку); Наблюдается состояние аффекта в стрессовых ситуациях; Частые перепады настроения, причем с абсолютно разных типов, человек может смеяться, а в следующую минуту без особой причины загрузить; Сильная впечатлительность, эмоциональное восприятие происходящего; Отсутствие контроля в эмоциях и действиях; Обидчивость и капризность; Необдуманность поступков, часто опасных и не характерных для конкретного человека; Истерическое состояние и даже проявления агрессии.

Экспериментальное исследование включает в себя несколько этапов. Исследование проводилось на базе отделов полиции Межмуниципального отдела Министерства внутренних дел России «Емельяновский». В исследовании приняли участие сотрудники органов внутренних дел: дорожно-патрульной службы. Выборка испытуемых составила 45 человек. Возрастная категория сотрудников – 25 - 47 лет, 39 мужчин и 6 женщин. Цель данного исследования – изучить эмоциональную устойчивость у сотрудников органов внутренних дел.

Первый этап исследования был направлен на сбор информации об индивидуально-психологических особенностях личности. Для этого был применен 16-ти факторный личностный опросник Кеттелла, разработанный американским психологом Р.Б.Кеттеллом. Фактор С («эмоциональная неустойчивость-эмоциональная устойчивость») данного теста позволяет рассмотреть эмоциональные качества личности. С помощью теста Кеттелла можно определить уровень эмоциональной устойчивости (низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий).

По окончании проведения теста было выявлено пять групп исследуемых с разным уровнем эмоциональной устойчивости: Низкий (наблюдаются слабость, раздражительность, обидчивость, человек находится под влиянием чувств, переменчив, легко расстраивается, при расстройствах теряет равновесие духа) – 38 %. Ниже среднего (эмоциональные реакции возникают легко и быстро по самым разнообразным поводам, настроение меняется, иногда возникает ощущение невозможности справиться с жизненными проблемами) – 29 %. Средний (эмоционально реагирует на многие ситуации, эмоциональное равновесие часто нарушается, иногда возникает ощущение беспомощности, неспособности преодолеть жизненные трудности. Однако, пытается рационально объяснить происходящее, разобраться в причинах своих переживаний) – 18 %. Выше среднего (в привычной обстановке сохраняет спокойствие и работоспособность, но при неожиданном осложнении эмоциональное равновесие может нарушаться, появляются тревога и беспокойство. Эмоциональные переживания влияют на поведение и отношения с людьми) – 4 %. Высокий (круг ситуаций, вызывающих сильные эмоциональные переживания, ограничен. Преобладает ровное, спокойное настроение, чувствует себя хорошо приспособленным человеком, способным справляться с жизненными трудностями, сохраняет работоспособность при осложненной обстановке) – 11 %. На втором этапе исследования была применена Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ), разработанная врачом-психиатром Ф.Б. Березиным. При индивидуальной психодиагностике с помощью рассматриваемой методики целого ряда значимых психологических параметров дает возможность в течение короткого времени получить важные данные для суждения об особенностях личности испытуемого, его психическом состоянии в момент исследования, о сравнительной значимости различных характеристик в общей картине состояния. С помощью шкалы 3 (эмоциональной лабильности, демонстративности, истерии (Ну)) так же возможно рассмотреть эмоциональные качества личности и определить уровень эмоциональной неустойчивости (низкий, ниже среднего, средний, выше среднего, высокий).

По окончании проведения методики было выявлено пять групп исследуемых с разным уровнем эмоциональной неустойчивости: Низкий (перестраиваются в соответствии с атмосферой общения) – 13%. Ниже среднего (чувствительность понижена в отношении любых физических раздражителей, что способствует хорошему распределению внимания) – 7 %. Средний (характерны повышение порогов чувствительности, эмоциональная стабильность, ориентированность на себя в оценке окружающей действительности) – 10 %. Выше среднего (характерны склонность к быстрой смене переживаний, неустойчивость к стрессу) – 39 %. Высокий (отмечаются раздражительность, неустойчивость к стрессу, частые перепады настроения,

демонстративность поведения с тенденцией снискать признание и положительную оценку окружающих) –31 %.

Таким образом, согласно результатам проведенного мною исследования было определено, что: Большинство сотрудников органов внутренних дел имеют низкий уровень эмоциональной устойчивости, характеризующийся раздражительностью, обидчивостью, ранимостью; Большинство сотрудников органов внутренних дел имеют уровень эмоциональной неустойчивости выше среднего, что свидетельствует о склонности к быстрой смене переживаний и неустойчивости к стрессу; Высокие показатели эмоциональной неустойчивости провоцируют различные невротические конфликты и эмоциональные срывы, что может привести к эмоциональному выгоранию. Необходимо оказание психологической помощи, дача рекомендаций и построение коррекционной программы

Литература.

1. 16 факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла. Психология счастливой жизни. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psycabi.net/testy/293-16-faktornyj-lichnostnyj-oprosnik-r-b-kettella-metodika-mnogofaktornyj-oprosnik-kettella-test-kettela-187-voprosov-test-ketela-16-pf>
2. Машекуашева, М. Х. Эмоциональная устойчивость как профессионально значимое качество, обеспечивающее эффективную деятельность сотрудника ОВД / М. Х. Машекуашева, Л. А. Садыкова // Черные дары в Российском законодательстве. – 2017. – № 6. – С. 142–143.
3. Развитие стрессоустойчивости оперативных сотрудников полиции / М. М. Калашникова, Ю. В. Рысева // Вопросы. Гипотезы. Ответы: наука XXI века. – Краснодар, 2014. – С. 335–354.
4. Собчик, Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик // 138 СМЛ. – СПб.: Речь, 2000 – 219 с.
5. Уварова, М. Ю. Исследование профессиональной деформации сотрудников ОВД (на примере отделов полиции МУ МВД России «Иркутское») / М. Ю. Уварова, Е. А. Кедярова, Е. Г. Паткина // Известия Иркутского государственного университета. – 2017. – Т. 20. – С. 77–90.
6. Эмоциональная неустойчивость. Медицинский портал о здоровье EUROLAB. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.eurolab.ua/mental-health/3726/3738/49181/>

УДК 159.923:316.6

С. Н. Савченко, Е. В. Башилова

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ КОМФОРТНОЙ СРЕДЫ ВУЗА

Институт архитектуры и строительства ВолгГТУ, отдел воспитательной и внеучебной работы

Научный руководитель: начальник отдела воспитательной и внеучебной работы, кандидат экономических наук Р.А. Меняйлова

Введение. Современные реалии жизни требуют научно обоснованной модификации учебно-воспитательного процесса в высших учебных заведениях, его совершенствования. Эти изменения должны способствовать трансформации студента из лица, нацеленного на пассивное восприятие информации, в активную, саморазвивающуюся, творческую личность. Отсюда возникает необходимость в новых подходах к обучению и воспитанию, современной системе контроля, цель которых – обеспечить активную вовлеченность студентов в познавательный процесс. Решение этих задач возможно не только с учетом четкой реализации учебного процесса и проведении соответствующей воспитательной работы, но и при создании комфортной среды в высшем учебном заведении [2,4].

Комфортная гуманитарная среда представляет собой профессионально-образовательное и культурное пространство, создаваемое определенной педагогической системой и ориентированное на формирование и развитие духовно-нравственных ценностей личности на определенной стадии развития общества. Комфортная образовательная среда должна быть основой функционирования любого высшего учебного заведения и опираться, в первую очередь, на интересы обучающихся с учетом их индивидуальных особенностей, потребностей и возможностей [5].

Комфортная образовательная среда является сложной динамической системой, способной влиять на формирование интеллектуальной культуры студентов, обеспечивать психологическую безопасность и воспитание психологически здоровой личности [1]. Под психологической безопасностью понимается состояние защищенности психики от воздействия многообразных факторов различной природы, при котором протекает успешное психическое развитие, рефлексивное и действенное отношение человека к условиям жизни, обеспечивающее его душевное равновесие. Высокий уровень психологической комфортности образовательной среды является обязательным условием успешной социализации всех участников образовательного процесса [3].

Цель работы: Рассмотреть социально-психологический компонент программы формирования комфортной образовательной среды в ИАиС ВолгГТУ.

Результаты и обсуждение. С 2012 г. в Волгоградском государственном архитектурно-строительном университете (ныне Институт архитектуры и строительства ВолгГТУ) реализуется программа социально-психологической поддержки студентов. Ее целью является содействие в приобретении молодежи и жителей региона психологических знаний, умений и навыков, необходимых для социального взаимодействия и самореализации, а также формирование высоконравственной системы ценностей, охватывающей все сферы жизни.

Программа состоит из комплекса мероприятий, направленных на создание комфортной среды в вузе. Проведение интенсивного адаптационного блока психологических групповых тренингов для студентов 1 курса позволяет бывшим школьникам быстро адаптироваться в новой вузовской среде, способствует повышению мотивации к успешному обучению, ориентирует на необходимость участия в общественной жизни вуза, поддержание здорового образа жизни. Проведение блока психологических групповых коммуникативных тренингов со студентами 1-2 курсов позволяет сформировать психологическую культуру и социальную лабильность, культуру коммуникации и методов конструктивного решения конфликтных ситуаций, норм толерантного сознания и поведения.

Проведение блока социологических исследований по вопросам противодействия идеологии экстремизму, терроризму и национализму, уголовных правонарушений алкогольной, наркотической и иных видов зависимости позволяет своевременно выявлять группы риска и проводить мероприятия по устранению и формированию высоконравственного общественного сознания. Сформирована устойчивая структура студенческих творческих объединений, что и формирует благоприятную социальную и психологическую среду, позволяющую повысить уровень социальной активности студентов и гармонично развиваться будущим специалистам.

Результатами реализации программы по созданию комфортной среды стали:

- повышение степени удовлетворенности образовательным процессом – с 66,5% удовлетворенных обучающихся в 2014-2015 учебном году до 81% удовлетворенных обучающихся в 2017-2018 учебном году.
- рост числа обучающихся, придерживающихся ЗОЖ – с 56% в 2014-2015 учебном году до 65% в 2017-2018 учебном году.
- рост реализации числа социально-психологических тренингов: с 43 для 610 студентов в 2014-2015 учебном году до 63 для 843 студентов в 2016-2017 учебном году.
- рост числа обучающихся, вовлеченных в социально-культурные мероприятия: с 2515 студентов, задействованных в 39 мероприятиях в 2014-2015 учебном году до 3124 студентов, задействованных в 57 мероприятиях в 2017-2018 учебном году.

Продолжение программы подразумевает разработку методических материалов и проведение на их основе блока психологических и информационных тренингов, направленных на формирование установок и осознание высоконравственных общественных и семейных ценностей и сохранение репродуктивного здоровья. Планируется проведение социологических исследований, направленных на выявление состояния экологического сознания современной молодежи. На основе полученных данных будут разработаны информационно-методические материалы и сформирован блок социально-психологических тренингов, а также составлен план ряда мероприятий по повышению экологической культуры студентов ИАиС.

Ожидаемыми результатами программы должны стать методические решения по созданию благоприятной комфортной среды для формирования у выпускников вуза и жителей региона установок на здоровый образ жизни и сознание высоконравственных общественных, семейных и экологических приоритетов и ценностей.

Выводы. Студенческий возраст является самым ответственным как с точки зрения социальной адаптации, так и с точки зрения социально-психологической

зрелости личности. Именно в эти годы в значительной степени завершается формирование нравственных, человеческих качеств индивида, его ценностных ориентиров и установок. Все это еще раз подтверждает необходимость выстраивания благоприятной, комфортной среды в учебном заведении. Создание комфортной среды предполагает не только использование возможностей учебно-познавательного процесса, но и проведение целенаправленной воспитательной работы со студентами во внеучебное время.

Литература.

1. Загоскина И.В. Комфортная образовательная среда вуза в формировании интеллектуальной культуры студентов // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 1 [Электронный ресурс].
2. Ковалев Д. С., Тырина М. П. Психологически комфортная образовательная среда и интеграция обучающихся с ОВЗ // Наука сегодня: вызовы и решения: Материалы Международной НПК. Вологда. – 2016. – Т. 27. – С. 158-159.
3. Козлова Е. Б. Формирование психологически комфортной и безопасной образовательной среды как условие подготовки студентов к педагогической деятельности в соответствии с требованиями профессионального стандарта педагога // Педагогическое образование в России. – 2015. – №12. – С.13-18.
4. Мальцева И. Г. Создание комфортной гуманитарной среды в высшем учебном заведении // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – № 3 (март). – С. 21–25.
5. Редько Л. Л., Лобейко Ю. А. Психолого-педагогическая поддержка адаптации студента-первокурсника в вузе: учебное пособие / Л. Л. Редько, Ю. А. Лобейко. – М.: Илекса, 2008. – 296 с.

УДК 159.922.7/.8

В. В. Салтаева, Н. Г. Туровская К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИЯХ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

Если познание окружающего мира ограничивалось бы только анализаторами, то человек бы мало знал о реальности. Благодаря мышлению, нам открывается возможность глубоко познать мир.

Мышление (А.Л. Тертель, К.К. Платонов и Г.Г. Голубев) – это сложный психический процесс, который неразрывно связан с речью и отражает действительность. Речь в свою очередь (В.Н. Дружинин) – это вынесенная вовне психика субъекта и, соответственно, одна из важнейших психологических функций, дающая человеку возможность быть понятым окружающими [3].

Проблема взаимосвязи речи и мышления остаётся одним из наиболее притягательных предметов изучения. Он привлекал к себе внимание ученых на протяжении всей истории развития психологических исследований (Л.С. Выготский, Ж. Пиаже, С.Л. Рубинштейн и др.). Предлагаемые решения проблемы были различными – от полного разделения речи и мышления и признания их совершенно независимыми друг от друга функциями (В. Штерн и др.) до соединения их (И.В.

Дубровина, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев и др.). Современная психология рассматривает мышление и речь как неразрывно связанные, но в то же время самостоятельные реальности (Л.С. Выготский) [4].

Тяжелые нарушения речи могут влиять на умственное развитие, особенно на формирование высших уровней познавательной деятельности, что обусловлено тесной взаимосвязью речи и мышления [8]. Целью эмпирического исследования, результаты которого представлены в данной статье, было определить особенности взаимосвязи патологии речи и нарушений мышления в дошкольном возрасте.

Материалы и методы. Выборку исследования составили 61 ребенок в возрасте от 5 до 6 лет (30 человек здоровых и 31 человек с нарушениями речи (нарушение экспрессивной речи, ОНР 1,2,3 уровня)). Базой для данного исследования выступили два учреждения: ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница» и подготовительная группа МОУ «Детский сад № 373».

Методики эмпирического исследования: «Исключение» (предметный вариант в модификации Н.Л. Белопольской); «Прогрессивные матрицы» (Равен); речевая карта по изучению языковой способности детей старшего дошкольного возраста (Н.В. Микляева).

Результаты и их обсуждение. Полученные первичные данные были подвергнуты статистической обработке на основе коэффициента корреляции Пирсона. Результаты данной статистической процедуры приведены в таблице 1.

Таблица 1
Взаимосвязь патологии речи и нарушений мышления в дошкольном возрасте

		Наглядно-образное	Вербальное обобщение	Визуальное линейное мышление	Визуальное структурное мышление
Диалогическая речь	Корреляция Пирсона	,491**	,752**	,674**	,443**
Звукопроизношение, просодика	Корреляция Пирсона	,668**	,690**	,720**	,523**
Фонематическое восприятие	Корреляция Пирсона	,391*	,318	,365*	,268
Слоговая структура слова	Корреляция Пирсона	,652**	,609**	,583**	,432**
Словарный запас	Корреляция Пирсона	,637**	,672**	,798**	,702**
Словообразование	Корреляция Пирсона	,464**	,430*	,465**	,473**
Грамматический строй речи	Корреляция Пирсона	,639**	,672**	,612**	,535**
Связная речь	Корреляция Пирсона	,425*	,547**	,671**	,769**
Речь (Общий балл)	Корреляция Пирсона	,635**	,703**	,724**	,620**

Анализ данных, представленных в таблице, позволяет сделать следующие выводы:

1. Статистическая связь между фонематическим восприятием и вербальным обобщением ($r=0,318$), визуальным структурным мышлением ($r=0,268$) отсутствует.
2. Существует статистически значимая положительная связь между диалогической речью и визуальным структурным мышлением ($r=0,443$; $p<0,01$). Связь умеренная т.к. $r>0,3$.
3. Существует статистически значимая положительная связь между фонематическим восприятием и визуальным линейным мышлением ($r=0,391$), решением ($r=0,365$). Связь умеренная т.к. $r>0,3$.
4. Существует статистически значимая положительная связь между слоговой структурой речи и визуальным структурным мышлением ($r=0,432$; $p<0,01$). Связь умеренная т.к. $r>0,3$.
5. Существует статистически значимая положительная связь между словообразованием и вербальным обобщением ($r=0,430$; $p<0,01$). Связь умеренная т.к. $r>0,3$.
6. Существует статистически значимая положительная связь между связной речью и наглядно-образным мышлением ($r=0,425$; $p<0,01$). Связь умеренная т.к. $r>0,3$.
7. Между остальными сторонами речи и видами мышления также существуют статистически значимые связи.

Выводы. Таким образом, из данного исследования мы видим, что патология речи взаимосвязана с нарушениями различных видов мышления в дошкольном возрасте, в частности, патология диалогической речи, звукопроизношения, просодики, фонематического восприятия, слоговой структуры слова, словарного запаса, слообразование, грамматического строя речи, связной речи сочетается с нарушениями визуального линейного мышления, визуального структурного мышления и наглядно-образного мышления. Исключение составляет влияние патологии фонематического восприятия на нарушения наглядно-образного и визуального структурного мышления, в этом случае связь отсутствует.

Данные результаты необходимо учитывать в процессе проводимой с детьми коррекционно-развивающей работы, которая должна быть направлена как на элиминацию патологии речи как одной из предпосылок интеллекта, так и мышления [9]. Помощь детям с нарушениями речи и мышления должна осуществляться комплексно группой специалистов: психологом, дефектологом, логопедом и т.д. [10].

Литература.

1. Белопольская, Н.Л. Исключение предметов (Четвертый лишний): Модифицированная психодиагностическая методика: Руководство по использованию, —М.: Стереотип, 2009 — 53 с.
2. Выготский, Л. С. Мышление и речь, - М.: "Лабиринт", 1999 — 352 с.
3. Дружинин, В.Н. Психология. Учебник для гуманитарных вузов. — СПб.: Питер, 2011.- 656 с.
4. Крутецкий, В. А. Психология: Учебник для учащихся пед. училищ.— М.: Просвещение, 1980.— 352 с

5. Мухордовой, О.Е., Шрейбер, Т.В. Прогрессивные матрицы Равена: методические рекомендации, – Ижевск: «Удмуртский университет», 2012. – 70с.
6. Мухина, В.С. Возрастная психология. Феноменология развития : учебник для студ. высш. учеб. Заведений, — М.: Издательский центр «Академия». - 2006. - 608
7. Микляева, Н. В. Диагностика языковой способности у детей дошкольного возраста. Логопедическое обследование, — М.: Айрис-пресс, 2006. — 96 с.
8. Сосновский, Б.А. Психология: Учебник для педагогических вузов. — М.: Высшее образование, 2008. — 660 с.
9. Туровская, Н.Г., Тимофеев А.В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – Т 42. –№2. – С. 112 – 116.
10. Туровская, Н. Г., Курушина О.В., Деларю В.В. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 56. –№4. – С. 3 – 8.

УДК 615.851.4

Т. В. Скупова

СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Самарский государственный социально-педагогический университет,
кафедра специальной педагогики и специальной психологии

Известно, что важным условием оказания помощи ребенку с нарушением развития является организация комплексного сопровождения всей семьи. Основные задачи такой работы – информационная и психологическая поддержка родителей и повышение их компетентности в вопросах обучения и воспитания детей. Семья является одним из мощных ресурсов в реабилитации детей с психическими нарушениями. Именно в семье ребенок получает первый опыт социального взаимодействия, учится выстраивать свою коммуникацию с окружающими. Семья для ребенка становится самой важной и основной школой человеческих отношений.

Практика показывает, что семьи, воспитывающие ребенка с психическим нарушением, остро нуждаются в помощи. При рассмотрении процессов, происходящих с семьей, имеющей ребенка с особенностями развития, обычно выделяют несколько аспектов: проблемы адаптации к ситуации болезни ребенка, детско-родительские отношения, взаимодействие родителей и специалистов [2].

Семьи, в которых растет ребенок с аутизмом, нередко оказываются в очень трудной жизненной ситуации. Напряженностью своих переживаний семьи аутичных детей выделяются даже на фоне семей, имеющих детей с другими тяжелыми нарушениями развития [1].

Трудности диагностики, разнообразие и неоднородность нарушений, непостоянное присутствие тех или иных симптомов, различность теоретических и коррекционных подходов сильно усложняют принятие родителями диагноза ребенка и

приводят их к принятию решений, не благоприятствующих развитию ребенка. Родители переживают тяжелейший стресс, состояние депрессивности, испытывают раздражительность, эмоциональное истощение, отчаяние. Нередко разрушаются дружеские контакты, отсутствует моральная поддержка знакомых, а иногда и близких людей, и семья оказывается в изоляции.

Неочевидность нарушений (особенно при легких формах аутистических расстройств) зачастую вызывает склонность отрицать диагноз, побуждает родителей собирать разные, порой противоречивые, мнения о проблемах ребенка, что погружает семью в ещё больший стресс и приводит к откладыванию лечения и решения вопроса о реабилитации ребенка.

Неспособность ребенка с расстройствами аутистического спектра взаимодействовать с окружающими людьми, специфическое поведение, сильные эмоциональные реакции, которые ребенок не умеет контролировать, часто приводят к возникновению растерянности у родителей. Не имея средств общения, ребенок часто не может донести до взрослых свои потребности, выразить свои желания, что существенно затрудняет расшифровку его внутреннего состояния.

После постановки окончательного диагноза жизнь семьи, воспитывающей ребенка с аутизмом, часто представляет собой затянувшийся кризис с цепью непредвиденных событий, которые всегда вызывают растерянность и тревогу.

Для родителей наступает долгий этап приспособления к новым жизненным реалиям. Каждая ситуация – будь то ухудшение здоровья ребенка, низкие результаты тестирования ребенка, обострение поведенческих проблем, начало посещения детского дошкольного учреждения, выбор школы или подготовка к будущей профессии – может содержать для родителей опасные и тревожные импульсы, с которыми они должны научиться справляться. Родители оказываются в особом психологическом состоянии.

Особой психотравмирующей проблемой является отсутствие или ограничение возможности устройства ребенка в специально организованное для таких детей образовательное учреждение. Это требует от родителей организации специальных внутрисемейных условий и формирования особых моделей взаимодействия и воспитания, что для многих из них является очень сложной задачей, особенно без наличия профессиональной поддержки со стороны специалистов. Именно в эти периоды они остро нуждаются в помощи не меньше, чем их дети, в профессиональном психолого-педагогическом сопровождении, в силу того, что именно на родителях лежит решение задачи создания для детей эффективной реабилитационной среды.

На сегодняшний день особенным важным представляется сделать акцент на сохранении ресурсов семьи в кризисный период «принятия» диагноза, на формировании потенциала семьи в отношении психического развития ребенка и его реабилитации.

Одним из основных направлений комплексного сопровождения является информационная и психологическая поддержка родителей и повышение их компетентности в вопросах обучения и воспитания детей. Главное тут – дать родителям понять, что происходит с их ребенком, помочь установить с ним эмоциональный контакт, почувствовать свои силы, научиться влиять на ситуацию, изменяя ее к лучшему [1].

Такая работа может быть организована в различных форматах: индивидуальное и групповое консультирование, детско-родительские группы, совместные досуговые мероприятия, занятия в триаде специалист-ребенок-родитель, родительские клубы.

Задачами психолого-педагогического сопровождения родителей являются:

- помощь родителям в принятии ситуации;
- поддержка в получении удовольствия от общения со своим ребенком, в избавлении от чувства стыда за него;
- предоставление возможностей родителям понять, что они не одиноки в решении своих проблем;
- помощь в осознании того, что, несмотря на наличие ребенка с проблемами в развитии, от жизни можно получать удовольствие, можно продолжить личностный и профессиональный рост;
- оказание поддержки в сплочении семьи, привлечение к сотрудничеству членов семьи, отстраняющихся от проблем.

Проведение такой работы специалистами с семьей может существенно снизить уровень стресса у родителей и создаст необходимый ресурс для дальнейшей коррекционно-развивающей работы.

Конечным результатом работы с родителями является самостоятельное адаптированное функционирование всей семьи с возможностью дальнейшего роста и развития всех её членов. Основная цель совместных усилий специалистов и семьи – сформировать у ребенка жизненно необходимые навыки, обеспечить условия для их реализации не только при взаимодействии со специалистами, но и дома, в детском учреждении и других общественных местах, то есть сделать жизнь ребенка менее зависимой от других людей, а значит, более самостоятельной.

Литература.

1. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: «Теревинф», 2016. 288 с.
2. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие / Под общ. ред. Хаустова А.В. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. 125с.

УДК 159.97

М. С. Сластухина

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЮ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии ВолГМУ, кандидат социологических наук С.А. Кривашев

Введение. Рост количества пользователей Интернетом в России и в мире в настоящее время делает актуальной проблему интернет-зависимости вследствие распространённости патологического использования данного ресурса человеком [2]. Интернет-зависимость в отличие от других зависимостей обладает качеством, содержанием которого выступает виртуальный мир, где можно реализовать свои

скрытые желания, владеть ситуацией, чувствовать себя героем, принимать необычные и быстрые решения, т.е. быть полной своей противоположностью [3]. Виртуальный мир привлекает людей, не удовлетворенных собой, с заниженной самооценкой, неспособных в реальной жизни строить или поддерживать гармоничные межличностные отношения. Данные явления можно считать предикторами возникновения интернет-зависимости. Эти люди обращаются к интернету в поисках недостающего им уважения, любви, ощущения собственной значимости. Также большинство пользователей сети вспыльчивы, эмоционально неустойчивы, раздражительны, что говорит об определенных нарушениях в эмоциональной сфере [4]. В последствии возможны социальная дезадаптация и смена аддиктивной реализации [1].

Цель: изучить личностные особенности подростков с интернет-зависимостью.

Материалы и методы. Обследовано 35 подростков в возрасте от 14 до 16 лет. Исследование проводилось с помощью методик Шкала Интернет-зависимости Чена и психодиагностического теста В.М. Мельникова и Л.Т. Ямпольского. Анализ полученных результатов проводился с помощью специальной компьютерной программы для статистической обработки данных (SPSS).

Результаты и обсуждение. Данные полученные по интегративному показателю шкалы интернет-зависимости Чена свидетельствуют о том, у 34% опрошенных баллы превышают 65, что говорит о наличии Интернет-зависимого поведения (поведения с компонентом злоупотребления Интернетом). Они склонны к формированию компульсивных симптомов, в некоторой степени им присущи симптомы отмены, однако выраженной толерантности к пользованию Интернетом еще не выработано. Кроме того, присутствуют компоненты негативных последствий пользования Интернетом: существуют проблемы внутриличностного характера и выраженные проблемы с контролем времени. У 41% подростков обнаружена только склонность к возникновению интернет-зависимого поведения. И лишь у 25% минимальный риск его возникновения. В соответствии с результатами методики подростки были разделены на 3 группы.

Входящие в первую группу имеют следующие средние значения по шкалам: Невротизм – 19, Психотизм – 15, Депрессия – 17, Совестьность – 2, Расторможенность – 8, Общая активность – 4, Робость – 11, Общительность – 2, Эстетическая впечатлительность – 12, Женственность – 4. Таких людей можно описать как, высоко тревожных, чрезмерно напряженных, возбужденных, нерешительных, угрюмых, легкомысленных, безответственных, импульсивных, пассивных, избегающих рискованных ситуаций, избегающих эмоциональных отношений, наделенных богатым воображением, с отсутствием чувства реализма.

Опрошенные второй группы имеют результаты: Невротизм – 3, Психотизм – 5, Депрессия – 6, Совестьность – 5, Расторможенность – 5, Общая активность – 8, Робость – 6, Общительность – 8, Эстетическая впечатлительность – 10, Женственность – 4. Эти подростки характеризуются, как невозмутимые в привычной ситуации, добросовестные, но малоинициативные, требовательные к себе и другим, рассудительные, мало любознательные, достаточно работоспособные, смелые, но не авантюристы, имеющие малый круг близких друзей, в меру чувствительные, критически мыслящие.

Результаты попавших в третью группу: Невротизм – 7, Психотизм – 8, Депрессия – 8, Совестливость – 11, Расторможенность – 7, Общая активность – 11, Робость – 4, Общительность – 13, Эстетическая впечатлительность – 5, Женственность – 2. Люди с такими показателями отличаются серьезностью, реалистичностью, наличием собственного мнения, умением идти на компромиссы, жизнерадостностью, энергичностью, порядочностью, склонностью к лидерству, смелостью и готовностью к риску, руководствуются разумом и эмоциями и с радостью участвуют в коллективных мероприятиях.

В качестве статистического критерия использовался метод ранговой корреляции Спирмена, который позволяет определить тесноту и направление связи между исследуемыми признаками. В результате статистической обработки были получены значимые корреляции между интернет-зависимостью и шкалами Невротизм ($r=0.466$, $p<0.1$), Психотизм ($r=0.442$, $p<0.01$), Депрессия ($r=0.443$, $p<0.1$), Совестливость ($r=0.199$, $p<0.1$), Общая активность ($r=0.253$, $p<0.1$), Робость ($r=0.322$, $p<0.01$), Общительность ($r=0.234$, $p<0.01$).

Таким образом, можно сделать вывод, что для подростков, имеющих интернет-аддикцию, присущи чувство внутреннего напряжения, затруднения в межличностных контактах, богатое воображение, пассивность, безынициативность, застенчивость, уклонение от ответственности, угрюмость.

Выводы.

1. Подростки с интернет-зависимостью, предрасположенностью к ней и с минимальным риском ее развития отличаются определенными личностными характеристиками.
2. Для лиц с Интернет-аддикцией характерны: высокая тревожность, чувства беспокойства и боязливости, склонность к сомнениям, нерешительность, неуверенность, избегание ответственности, стремление к стереотипному образу жизни. Настроение преимущественно угнетенное. Вместе с тем, могут проявлять чуткость и душевную отзывчивость. Они склонны избегать эмоциональной близости с людьми, часто устанавливает чисто формальные межличностные отношения. Однако наделены богатым воображением, фантазией, являются увлекающимися и эмоциональными натурами. В поведении им не хватает чувства ответственности и реализма, в суждениях – зрелости и здравомыслия. Больше руководствуются эмоциями, чем логикой и расчетом.

Литература.

1. Гайнцев, Е.Г. Мотивация интернет пользователей, или почему возникает зависимость от интернета // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2015. – №2. – С.65-67.
2. Ларионова, С.О., Дегтерев, А.С. Интернет-зависимость у студентов: вопросы профилактики // Педагогическое образование в России. – 2013. – №2. – С.232-239.
3. Оськина, Н.Г. Проблема Интернет-зависимости: психолого-педагогическая трактовка // ОНВ. – 2012. – №3 (109). – С.152-154.
4. Спиркина, Т.С. Личностные особенности пользователей сети Интернет, склонных к интернет-зависимости // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. – №60. – С.473-478.

УДК 159.942

М. С. Сластухина, С. Е. Дьяконов ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ БУЛЛИНГУ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии ВолГМУ, кандидат социологических наук С.А. Кривашев

Введение. Буллинг – агрессивное преследование одного из членов коллектива школьной или студенческой группы со стороны остальных членов коллектива или его части [3]. Ученые выделяют следующие составляющие буллинга: наличие участников – обидчик, жертва, свидетель; длительные насильственные действия со стороны обидчика, носящие повторяющийся характер; проактивная агрессия обидчика; физическое и психологическое насилие; неравенство сил обидчика и жертвы. Буллинг – это деструктивный способ реализации естественной потребности подросткового сообщества в формировании классовой иерархии, основанной на доминировании, и он возникает в результате стремления обидчика повысить и сохранить высокий социальный статус [4]. Жертвы буллинга подвергаются травле, что не может не сказаться на их личности. Так, исследователи выделяют определенные характеристики пострадавших: низкий социометрический статус в группе, низкая самооценка, повышенная тревожность, избегание конфликтов, социальная отрешенность, замкнутость, самообвинение, соматическая слабость, аутистические черты характера [1,2].

Цель: изучить личностные особенности подростков, ставших жертвой буллинга.

Материалы и методы. Обследовано 25 подростков в возрасте от 14 до 16 лет, из них 13 мальчиков и 12 девочек. Исследование проводилось с помощью методики экспресс диагностики уровня самооценки личности, методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса. Анализ полученных результатов проводился с помощью специальной компьютерной программы для статистической обработки данных (SPSS).

Результаты и обсуждение. Данные полученные по исследованию самооценки показывают, что больше половины подростков – 56% имеют низкую самооценку. Из них 32% мальчиков и 24% девочек. Такие дети тяжело переживают критику, ориентируются на чужое и считают себя хуже других. Адекватную самооценку имеют 32% школьников, среди которых 20% девочки и 12% мальчики. Они объективно оценивают свои возможности. И оставшиеся 12% имеют завышенную самооценку – 8% мальчиков и 4% девочек. Эти подростки переоценивают свои возможности, жаждут всеобщего признания и пренебрежительно относятся к другим.

По фактору «Общая тревожность», который говорит о состоянии ребенка в различных школьных ситуациях, 64% детей имеет высокий уровень, 32% средний уровень и лишь 4% низкий. Высокий показатель по «Переживанию социального стресса» имеют 76% детей, средний – 20%, низкий – 4%. Повышение по этому фактору говорят о трудностях в установлении связи с социумом, особенно со сверстниками. Сильную фрустрацию по третьему фактору испытывают 68% школьников, средний и

низкий уровень фрустрации по 16% учеников. Фрустрация мешает детям развивать свои потребности в успехе. Выраженный «Страх самовыражения» имеют 80% опрошенных. Остальные 20% на среднем уровне. Они испытывают трудности при самораскрытии перед остальными детьми, стараются не демонстрировать свои возможности. Проверки своих знаний в любой учебной ситуации согласно пятому фактору боятся 32% обследуемых, 40% испытывают страх только в определенных моментах и 28% совершенно не испытывают волнения при контроле своих учебных способностей.

Ориентируются на значимость оценок окружающих 76% подростков, а остальные 24% не боятся не соответствовать ожиданиям окружающих. Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу типична для 64% учеников, они неадекватно реагируют на различные стрессогенные факторы. Спокойно справляются с такими ситуациями 36% подростков. Проблемы и страхи в отношениях с учителями имеют 24% учеников, они испытывают эмоциональное напряжение, которое сказывается на учебном процессе. Никаких сложностей во взаимоотношениях с учителями имеют 76% опрошенных.

В качестве статистического критерия использовался метод ранговой корреляции Спирмена, который позволяет определить тесноту и направление связи между исследуемыми признаками. В результате статистической обработки были получены значимые корреляции между низкой самооценкой и факторами «Общая тревожность в школе» ($r=0.241$, $p<0.1$), «Переживание социального стресса» ($r=0.458$, $p<0.01$), «Фрустрация потребности в достижении успеха» ($r=0.443$, $p<0.1$), «Страх самовыражения» ($r=0.289$, $p<0.1$), «Страх ситуации проверки знаний» ($r=0.198$, $p<0.1$), «Страх не соответствовать» ($r=0.322$, $p<0.01$), «Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу» ($r=0.444$, $p<0.01$), «Проблемы и страхи в отношениях с учителями» ($r=0.190$, $p<0.1$). Различий по полу не выявлено.

Таким образом, можно сделать вывод, что для подростков, подвергшихся буллингу, характерны определенные особенности, связанные с отношениями с окружающими, важности для них оценки других людей, боязни самораскрытия, что связано с их низкой самооценкой.

Выводы.

1. Более половины опрошенных подростков имеют заниженную самооценку, что могло повлиять на то, что именно они стали жертвами школьного насилия.
2. Большинство опрошенных детей имеют высокие показатели по различным факторам школьной тревожности. Ведь из-за буллинга они занимают низкое положение в классе, постоянно ожидают «нападения», что сказывается на их отношении к учебному процессу и школе в целом.
3. Половых различий в исследовавшихся особенностях обнаружено не было.

Литература.

1. Бутенко, В.Н., Сидоренко, О.А. Буллинг в школьной образовательной среде: опыт исследования психологических особенностей «Обидчиков» и «Жертв» // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. – 2015. – №3 (33). – С.138-143.
2. Глазман, О.Л. Психологические особенности участников буллинга // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2009. – №105. – С.159-165.

3. Морозов, О.А., Булда, Д.А., Бородаева, М.В., Казакова, А.Н. Особенности буллинга и моббинга в России // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. – 2010. – №6. – С.262-263.
4. Соловьёв, Д.Н. Потенциал первичного коллектива в профилактике буллинга среди подростков // Теория и практика общественного развития. – 2015. – №4. – С.149-151.

УДК 616.895

Е. Ю. Соколов, А. А. Фомин, И. Ю. Жовнерчук

ЭНЕРГОСБЕРЕЖЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРИЗИСНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Московский научно-практический центр наркологии,
Филиал №1 Центрального военного клинического госпиталя им.А.А. Вишневского МО
России

Введение. Столкновение со стрессовыми ситуациями обусловлено выяснением необходимости использования психотерапевтических мероприятий [3,7], для предупреждения пострессовых психосоматических осложнений у военнослужащих при их работе в условиях боевого стресса. Об этом говорит и многолетнее наблюдение за психическим здоровьем военнослужащих как в России, так и за рубежом, работа которых проходит в экстремальных условиях и связана с опасностью для жизни [2,4,8,9,10]. В отдаленном периоде после участия в боевых ситуациях у человека нередко отмечаются психо-соматические расстройства, говорящие и о снижении способности к адаптации организма в экстремальных, стрессовых условиях под влиянием психотравмирующих факторов.

У военнослужащего, переживающего стрессовую ситуацию, может произойти сбой в любой из систем восприятия, которые сообщаются с центральным пространством сознания и тогда реакции на стресс могут быть неадаптивными, чрезмерными, ведущими к фрустрации, психическому нарушению восприятия окружения, себя вплоть до суицидальных тенденций, соматическим расстройствам [1,5,6].

Цель исследования – изучение влияния психотерапевтических методов саморегуляции на состояние военнослужащих при работе в экстремальных ситуациях.

Материал и методы исследования.

Исследовано психофизиологическое состояние 2-х групп (*Исследуемая группа* в подготовительный, мирный период прошла полный курс обучения психотерапевтическим методам саморегуляции; *контрольная группа* предварительного, предбоевого обучения психотерапевтической саморегуляции не проходила) военнослужащих по 40 человек в каждой, прибывших из командировки.

Основные методы исследования. Динамический, клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания, шкала теста СМЛ (стандартизированный метод исследования личности), психотерапевтические, энергосберегающие методы саморегуляции.

Основные изучаемые психофизиологические параметры у обеих групп в течение 1-2х месяцев по возвращению: фон настроения, субъективное чувство тревоги,

неуверенность в собственные силы, ухудшение сна, раздражительность.

Проведенный анализ использования психотерапевтических мероприятий, как перед направлением военнослужащих в экстремальные условия работы, связанные с опасностью для жизни так и во время выполнения ими экстремальной работы, показал: у исследуемой группы отмечается ниже уровень проявления тревожности, выше-улучшение настроения; реже происходит ухудшении сна, легче адаптируются, более спокойны и уверены в условиях боевого стресса, чем бойцы контрольной группы.

Выводы.

1. Методы саморегуляции являются глубокой профилактической основой психического здоровья человека, действуют через гармоничное взаимодействие сознания с бессознательным, развивая и одновременно используя множественные внутренние, ресурсные возможности личности.
2. С помощью психотерапевтической саморегуляции создается благоприятная почва в организме для способности его к должной адаптации в экстремальных ситуациях, профилактики ПТСР.
3. При подготовке к работе в экстремальных условиях людей опасных профессий необходимо еще в мирное время до направления их в горячие точки работы заранее обучить методам психотерапевтической саморегуляции.
4. Военнослужащему необходимо довести умение управлять своим психологическим состоянием до автоматизма, чтобы при экстремальной ситуации организм во время психотравмирующей стрессовой ситуации автоматически подсознательно сам отреагировал должным образом через выполнение на подсознательном уровне нужного, ранее отработанного и заложенного в подсознании, адекватного ситуации, психотерапевтического действия.
6. Психотерапевтическим методам саморегуляции необходимо одновременно и в первую очередь обучать *командующий состав всех подразделений*, на который ложится наибольшая ответственность для выполнения боевых задач.
7. Использование психотерапевтических методов саморегуляции на разных этапах выполнения задания военнослужащими позволяет уверенно снижать у них процент психологических потерь, продлить биологическую и профессиональную жизнь.
8. Отсутствие предбоевой психотерапевтической подготовки реально предполагает появление у военнослужащего возможного посттравматического кризиса на отдаленных этапах после выхода из боевого стресса.
9. Военнослужащий, еще не побывавший в экстремальных ситуациях, тоже нуждается в практическом освоении психотерапевтической саморегуляции.

Литература.

1. Алексеева Е.М. Устранение фиксации на стрессовом опыте и трансформация эмоционального реагирования. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М., 2015, с. 6-11.
2. Американских солдат научат распознавать психические расстройства у сослуживцев. Интернет, 18.07. 2007 г.
3. Войцех В.Ф., Виноградова Л.Н., Савенко Ю.С. Предотвращение суицидов в армии. М., 2008 г.
4. Краснов Е.В. Основные стратегии психической саморегуляции стресса в ходе

служебной деятельности. Сб-к м-лов 11й Всероссийской научно-практической конференции 25-26 ноября 2015, М.2015, с. 257-263.

5. Сидоров П.И. и др. Психическое здоровье ветеранов афганской войны. Издательский центр АГМА, 1999.
6. Соколов Е.Ю., Магурдумова Л.Г. Психокоррекция психосоматических расстройств у сотрудников опасных профессий. Ж-л «Вопросы психологии экстремальных ситуаций», №1, 2014 г., стр. 55-61.
7. Соколов Е.Ю., Фомин А.А. М-лы 11й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием по психологии спорта и физической культуры «Рудиковские чтения» - 2015» 3 – 4 июня 2015г. Психотерапия и профилактика отдаленных психосоматических расстройств у сотрудников специального назначения. стр. 357-360.
8. Соколов Е.Ю. Психотерапевтическое энергосбережение-основа жизнестойкости сотрудника. Сборник материалов 11й Всероссийской научно-практической конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий». М., 2015 г., стр. 481-491.
9. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Институт психологии РАН, 2009 г.
10. Уфимцев В. Искусство саморегуляцией. Школа спецназа. Минск, 2008 г.

УДК 159.9(091)

В. А. Солдаткин, В. В. Мрыхина

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОИСХОЖДЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

РостГМУ кафедра психиатрии и наркологии ФПК И ППС, г. Ростов-на-Дону

Специалисты в области биологии, психологии и социокультурологии предлагали различные теории развития шизофрении. До сих пор биологическая теория возникновения шизофрении получила наибольшую научную поддержку. Это не значит, что психологические и социокультурные факторы не играют никакой роли в возникновении шизофрении. Напротив, тут может работать предрасположенность к стрессу: у людей с генетическим предрасположением шизофрения возникает только тогда, когда имеются в наличии и определенного рода психологические события, личный стресс или социальное ожидание [1].

Шизофрения — одна из самых загадочных и сложных болезней, причем во многих смыслах. Ее тяжело диагностировать — до сих пор нет консенсуса о том, одно это заболевание или много похожих друг на друга. Ее сложно лечить — сейчас есть лишь препараты, которые подавляют т. н. позитивные симптомы (вроде бреда), но они не помогают вернуть человека к полноценной жизни. Шизофрению сложно исследовать — ни одно другое животное кроме человека ей не болеет, поэтому и моделей для ее изучения почти нет. Шизофрению очень тяжело понять с генетической и эволюционной точки зрения — она полна противоречий, которые никак не удается разрешить. Важность этой проблемы даже не в том, что шизофренией болеет почти каждый сотый человек на планете и прогресс в этой области должен хотя бы радикально упростить диагностику, — даже если создать хорошее лекарство сразу и не

получится. Важность генетических исследований в том, что они уже сейчас меняют наши представления о фундаментальных механизмах наследования сложных признаков. Если все-таки удастся понять, как может «прятаться» в нашей ДНК такая сложная болезнь как шизофрения, это будет означать радикальный прорыв в понимании организации генома. И значение такой работы выйдет далеко за пределы клинической психиатрии.

Последние полвека стали временем бурного прогресса во многих областях медицины, однако этот прогресс почти не затронул профилактику и лечение шизофрении. Еще первые исследователи шизофрении заметили, что риск заболеть тесно связан с наличием больных родственников. Попытки установить механизм наследования шизофрении были предприняты почти сразу после переоткрытия законов Менделя, в самом начале XX века. Однако, в отличие от многих других болезней, шизофрения никак не хотела укладываться в рамки простых менделевских моделей. Несмотря на высокую наследуемость, связать ее с одним или несколькими генами не получалось, поэтому к середине века все большей популярностью стали пользоваться т. н. психогенные теории развития болезни. В согласии с крайне популярным к середине века психоанализом, эти теории объясняли видимую наследуемость шизофрении не генетикой, а особенностями воспитания и нездоровой атмосферой внутри семьи. Появилось даже такое понятие как «шизофреногенные родители».

Единственный факт, бесспорно установленный молекулярно-генетическими методами относительно генетики шизофрении за последнюю треть XX века — ее невероятная сложность. Сегодня очевидно, что предрасположенность к болезни определяется изменениями в десятках генов. При этом все предложенные за это время «генетические архитектуры» шизофрении можно объединить в две группы: модель «распространенная болезнь — распространенная изменчивость» («common disease — common variants», CV) и модель «распространенная болезнь — редкие варианты» («common disease — rare variants», RV). Каждая из моделей давала свои объяснения «эволюционного парадокса шизофрении». Пока удалось обнаружить лишь один ген, редкие мутации в котором достоверно ассоциированы с шизофренией — это ген *SETD1A*, кодирующий один из важных белков, участвующих в регуляции транскрипции. Как и в случае с CNV, проблема тут та же самая: мутации в гене *SETD1A* не могут объяснять сколько-нибудь значимой части наследуемости шизофрении из-за того, что они просто очень редкие. Дополнительным подтверждением CV модели для шизофрении является связь между уровнем генетической предрасположенности к шизофрении и так называемыми расстройствами шизофренического спектра. Еще ранние исследователи шизофрении заметили, что среди родственников больных шизофренией часто встречаются не только другие больные шизофренией, но и «эксцентрические» личности со странностями характера и симптоматикой сходной с шизофренической, но выраженной менее ярко. Впоследствии подобные наблюдения привели к концепции, согласно которой существует целый набор болезней, для которых характерны более или менее выраженные нарушения в восприятии реальности. Эта группа болезней получила название расстройства шизофренического спектра. Помимо различных форм шизофрении к ним относят бредовые расстройства, шизотипическое, параноидное и шизоидное расстройства

личности, шизоаффективное расстройство и некоторые другие патологии. Готтесман, предлагая свою полигенную модель шизофрении, предположил, что у людей с субпороговыми значениями предрасположенности к болезни могут развиваться другие патологии шизофренического спектра, причем тяжесть заболевания коррелирует с уровнем предрасположенности. Если эта гипотеза верна, логично предположить, что генетические варианты, обнаруженные как ассоциированные с шизофренией, будут обогащены и среди людей, страдающих расстройствами шизофренического спектра. Для оценки генетической предрасположенности каждого отдельного человека используется специальная величина, называемая уровнем полигенного риска (polygenic risk score). Таким образом, в настоящий момент можно считать, что убедительных аргументов в пользу «мутационной» RV модели шизофрении уже почти не осталось. А значит, ключ к этиологии болезни лежит в том, какой именно набор распространенных полиморфизмов вызывает шизофрению в соответствии с CV-моделью.

Психологический подход.

Когда исследователи шизофрении стали находить генетические и биологические механизмы развития шизофрении, многие клиницисты отказались от психологических объяснений этого заболевания. Тем не менее, в последние десятилетия психологические факторы снова стали считаться важными деталями в мозаике шизофрении. Основные психологические теории пришли из психодинамической, бихевиористской и когнитивной моделей [2].

Психодинамическая теория возникновения шизофрении.

Фрейд считал, что развитие шизофрении включает два психологических процесса: (1) регрессия к стадии несформированного эго и (2) попытки восстановить контроль эго [3]. Фрейд предполагал, что когда жизнь слишком сурова или полна лишений - например, когда родители холодны или слишком заботятся о воспитании ребенка - люди, у которых развивается шизофрения, регрессируют к ранней стадии своего развития, к состоянию первичного нарциссизма, когда они заботятся лишь о своих нуждах [4]. Практически полная регрессия ведет к эгоцентричным симптомам, каковыми являются неологизмы, речевая спутанность и бред величия. Регрессируя к такому инфантильному состоянию, как далее утверждал Фрейд, люди пытаются восстановить контроль и войти в контакт с реальностью. В связи с этими попытками возникают другие симптомы шизофрении. Слуховые галлюцинации, например, могут являться попыткой человека подменить утраченное чувство реальности [5]. Годы спустя знаменитый клиницист, придерживающийся психодинамической теории, Фрида Фромм-Рейчман [6] развила представление Фрейда о том, что холодные или чрезмерно заботящиеся о воспитании родители могут привести в движение шизофренический процесс. Она описывала матерей людей, страдающих шизофренией, как холодных, доминантных и незаинтересованных в потребностях ребенка. Согласно теории Фромм-Рейчман, эти матери говорят о своем самопожертвовании, но на самом деле используют детей для удовлетворения собственных нужд. Одновременно практикуя гиперопеку и отвергая ребенка, они дезориентируют его и тем самым готовят почву для шизофренического функционирования. Исследовательница назвала их шизофреногенными (вызывающими шизофрению) матерями.

Теория Фромм-Рейчман, как и теория Фрейда, не получила научных подтверждений. Оказалось, что матери большинства людей, страдающих шизофренией, не подходят под описание шизофреногенных. Действительно, большинство современных сторонников психодинамической теории отвергли взгляды Фрейда и Фромм-Рейчман [9]. Хотя теоретики могут сохранять некоторые из ранних представлений, все большее их число считает, что биологические аномалии делают определенных людей особенно подверженными сильной регрессии и другим бессознательным действиям, которые могут вносить свой вклад в шизофрению [10].

Бихевиористская теория возникновения шизофрении.

Для объяснения шизофрении бихевиористы обычно ссылаются на обучение методом проб и ошибок и на принцип подкрепления [11]. Они предполагают, что большинство людей учатся в жизни со вниманием относиться к социальным сигналам - например, к улыбкам других людей, к их нахмуренности и к замечаниям. Когда люди отвечают на эти сигналы в социально приемлемой манере, они способны лучше удовлетворять свои эмоциональные потребности и достигать своих целей. Тем не менее некоторые люди не получают подкрепления своему вниманию к социальным сигналам, то ли по причине необычных обстоятельств, то ли из-за социальной неадекватности важных фигур в их жизни. В результате они прекращают обращать внимание на такие сигналы и вместо того концентрируются на нерелевантных сигналах - на яркости света в комнате, на птице над головой или на звучании слова, а не на его значении. По мере того как учащается обращение к нерелевантным сигналам, реакции становятся все более странными. Причудливые реакции привлекают внимание других или приносят другие виды подкрепления, таким образом, увеличивая вероятность того, что человек будет снова и снова прибегать к ним.

Доказательства позиции бихевиористов являлись лишь косвенными - исследователи обнаружили, что пациенты с шизофренией в состоянии хотя бы как-то научиться уместному вербальному и социальному поведению, если больничным персоналом последовательно игнорируют их странные реакции и подкрепляют нормальные реакции едой, вниманием или другими стимулами [14]. Если странные вербальные и социальные реакции можно убрать, используя подкрепление, возможно, что они изначально появились путем неправильного научения. Конечно, эффективное лечение не обязательно указывает на причину заболевания.

Когнитивная теория возникновения шизофрении.

Основная когнитивная теория возникновения шизофрении соглашается с биологической точкой зрения в том, что люди с шизофренией действительно испытывают странные ощущения - ощущения, вызываемые биологическими факторами. Однако, согласно когнитивной теории, дальнейшие особенности этого заболевания развиваются, когда люди пытаются понять свои необычные ощущения. Впервые столкнувшись с голосами, видениями или иными ощущениями, эти люди обращаются к друзьям и родственникам. Однако друзья, как правило, отрицают существование новых ощущений, и, в конце концов, страдающие шизофренией приходят к заключению, что другие стараются скрыть от них правду. Они отвергают любую обратную связь и могут сформировать убеждения (бред), что их преследуют [15].

Социокультурный подход.

Социокультурологи считают, что люди с психическими расстройствами являются жертвами социального воздействия. В случае шизофрении — это воздействие может выражаться в закреплении социального клейма и в нарушениях в семье. Социокультурное объяснение формирования шизофрении имело большое влияние на психологическую общественность, но исследования не всегда подтверждали его. Хотя социальное воздействие и воздействие семьи считаются важными факторами в формировании этого заболевания, их особая роль еще не определена.

Закрепление социального клейма.

Многие сторонники социокультурной теории считают, что сам диагноз оказывает влияние на особенности шизофрении [16]. Они предполагают, что общество прикрепляет клеймо "шизофреник" людям, которые не могут следовать определенным нормам поведения. Раз уж это клеймо было приклеено, подтвержденное или нет, оно приобретает статус самореализующегося пророчества, ведущего к развитию многих симптомов шизофрении.

Нарушения в семье.

Многие исследования позволяют предположить, что шизофрения, как и некоторые другие психические расстройства, зачастую связана со стрессом в семье [17]. Родители людей с этим заболеванием зачастую (1) чаще ссорятся, (2) имеют большие трудности в общении друг с другом, и (3) относятся к своему ребенку более критично и сильнее опекают его, чем другие родители. Неблагоприятный семейный климат такого рода может способствовать возникновению шизофрении. Более того, он может способствовать и дальнейшему развитию болезни, а также внести свой вклад в появление рецидивов у выздоравливающих. Специалисты по семейным проблемам давно обнаружили, что некоторым семьям свойственен высокий уровень высказываемых чувств - они часто высказывают критику, неодобрение и враждебность и вторгаются во внутренний мир друг друга. Люди, пытающиеся оправиться от болезни, проживая в такой семье, в четыре раза чаще испытывают рецидив, чем если бы они проживали в семье, где уровень высказываемых чувств ниже [18]. Хотя социокультурные причины шизофрении, как и психологические причины, нуждаются в дальнейшем изучении, многие нынешние клиницисты считают, что эти факторы играют важную роль в формировании заболевания. Многие исследователи придерживаются для объяснения шизофрении модели предрасположенности к стрессу, считая, что генетические и биологические факторы дают предрасположенность к заболеванию, в то время как психологические и социокультурные факторы - толчок к его развитию. Возможно, что биологическая предрасположенность приводит к шизофрении лишь в тех случаях, когда человек сталкивается с сильным душевным потрясением, с рядом неверных подкреплений, со стрессом в семье или с социальным стрессом. Более того, когда шизофрения уже возникла, влияние социального клейма или семейные проблемы могут способствовать ее дальнейшему развитию или удержанию симптомов.

Выводы. Био-психо-социальная парадигма психиатрии предполагает констатацию влияния психологических факторов на течение заболеваний, которые ранее считались «сугубо биологическими», в частности - на развитие, течение и исход

шизофрении (иными словами, речь может идти о predispositional, патопластическом и прогностическом влиянии). Не случайно почти половина объема современных федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению шизофрении (РОП, 2013) посвящена психосоциальной работе [18]. Одним из значимых разделов этой работы является психообразовательная работа с семьей, семейная психотерапия [19]. Влияние семьи на течение и исходы шизофрении является существенным. О двойственности реакции семьи на появление в ней больного (т. е. о возникновении либо конструктивного, либо деструктивного развития) свидетельствуют исследования, где показано, что, реагируя на болезнь, семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри нее происходит раскол, который приводит к изоляции больного. Было установлено, что работа с семьей снижала частоту обострений, регоспитализаций, а также улучшало compliance больных и их социальную активность [20].

Однако данные аспекты представляются недостаточно изученными. Они требуют ревидии современными методами психиатрии, психологии и генетики. Полученные новые сведения могут оказаться полезными как в теоретической части психиатрии (уточнение механизмов развития шизофрении), так и в практике (совершенствование семейного направления терапии шизофрении).

Литература.

1. Moldin & Gottesman., Yank et al. Genes, experience, and chance in schizophrenia—Positioning for the 21st century // Schizophrenia Bulletin. - 1997; - Т. 23. - №. 4. - С. 30-37.
2. Moldin & Gottesman. Clinical Psychology // Handbook of Psychology – 1997., Т. 28. - №. 2. - С. 69-71.
3. Фрейд З. Психодинамическая теория возникновения шизофрении // Fundamentals of Abnormal Psychology -2007., – Т. 493. - №. 3. - С. 76-79.
4. Фрейд З. Невроз и психоз // Психоналитические этюды –1991., Т. 37. - №. 1. - С. 13-20.
5. Fromm-Reichmann. The “Schizophrenogenic Mother” in Word and Deed // Wiley Online Library -1948., Т. 118 -. №. 5 – С. 102-110.
6. Fromm-Reichmann. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic therapy // US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database – 1948., Т. 10. - №. 2. - С. 263-272.
7. Josephine Johnston. The Ghost of the Schizophrenogenic Mother // AMA Journal of Ethics® Illuminating the art of medicine – 2013., Т. 28. - №. 2. - С. 257-265.
8. Spielrein S. Theoretical and Clinical Contributions of Sabina Spielrein // Journal of the American Psychoanalytic Association – 2015., – Т. 81. - №. 3. - С. 599-606.
9. Mosak & Goldman. A Multicultural Perspective // Theories of Counseling and Psychotherapy – 1995., Т. 62. - №. 7. - С. 184-191.
10. Liberman. Assessment of Social Skills. Schizophrenia Bulletin // US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database - 1982., Т. 8. - №. 1. С. 62–84.
11. Liberman. Psychology of Dysfunctional Behaviour // SCHIZOPHRENIA – 1982., Т. 87 – №. 4 - С. 1-13.

12. Ullmann & Krasner. A psychological approach to abnormal behavior // Prentice-Hall psychology series – 1975., Т. 11. - №. 1. - С. 29-33.
13. Belcher, Braginsky, Braginsky & Ring. Behavioral theory of the onset of schizophrenia // Fundamentals of Abnormal Psychology – 2007., Т. 493. - №. 3. - С. 24-31.
14. Garety, Maher. Method In Madness // Case Studies In Cognitive Neuropsychiatry – 2000., – Т. 230. - №. 3. - С. 506-510.
15. Modrow. Securing the social stigma // Critical Psychiatry – 2015., Т. 81. - №. 3. - С. 599-606.
16. Miklowitz et al. Velligan et al. The Relational Roots of Dysfunctional Behavior // Family Psychopathology – 1998., Т. 6. - №. 4. - С. 24-31.
17. Linszen et al., Brown et al. Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders // Oxford university press – 1997., Т. 16. - №. 6. - С. 187-235.
18. Szalita A. Handbook of Interpersonal Psychoanalysis // books.google – 1968., Т. 24. - №. 8. - С. 747-754.
19. Szalita A. Barclay L. et al. Patient Attributes and Expressed Emotion as Risk Factors for Psychotic Relapse Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders // US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database – 1997., Т. 12. - №. 4. - С. 26-38.
20. Miklowitz et al. The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder // US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database – 1995., Т. 45. - №. 8. - С. 134-145.

УДК 159.938:378.661

И. В. Старикова, Т. Н. Радышевская

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

ФГБУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
кафедра терапевтической стоматологии

Состояние тревожности испытывает каждый человек в своей жизни в виде предчувствия на приближающуюся опасность, при этом активируются все внутренние ресурсы организма. Чаще состояния тревожности испытывают женщины молодого возраста. На психологическом уровне тревога является эмоциональной реакцией организма на возникшую ситуацию, проявляющуюся озабоченностью, нервозностью. На уровне физиологии тревога проявляется в повышении артериального давления, сердцебиении, учащении дыхания и т. д.

Слишком высокий и низкий уровень тревожности, приводят к дезадаптивной реакции. Стимулы, вызывающие тревожность, могут быть значительными и сильными или длительно действующими, но слабыми по воздействию [1].

Уровень тревожности данного индивида будет зависеть от его личностных особенностей (характера, силой переживаний) и проявляться разной симптоматикой. Преподавателями вузов с первых дней обучения студентов должна проводиться работа по профилактики студенческой тревожности. Актуальной проблемой является изучение эмоционально-личностной сферы студентов, механизмов адаптации в учебном заведении, влияние психического состояния на мотивацию к обучению и повышению

работоспособности учащихся. Основной причиной студенческой тревожности являются переживания, эмоциональное напряжение, связанные со сдачей зачетов, экзаменов и другими стрессовыми ситуациями. В различных ситуациях поведение одного и того же человека неодинаково по своим динамическим особенностям, что зависит от состояния деятельности высшей нервной системы [2]. Итоговая государственная аттестация на 5 курсе у студентов стоматологического факультета это период активной работы и психологического напряжения. Определение уровня тревожности позволит определить эмоциональный компонент психического состояния.

Самооценка - это представление личности о самом себе, своих качествах, возможностях и места среди других людей. От неё зависит активность личности, отношение к окружающим, достижениям и неудачам. Заниженная самооценка проявляется в повышенной тревожности. У студентов с заниженной самооценкой проблемы кажутся неразрешимыми, надежды на успехи невелики, что снижает их активность, инициативу в образовательном процессе.

При высокой самооценке человека мнение окружающих не имеет для него никакого значения, он следует своим принципам, берется за работу, превышающую его возможности. У студентов самооценка изменяется в зависимости от курса обучения, активного участия в жизни вуза, занятием научно-исследовательской деятельностью. С первого года обучения студентов необходимо формировать у них адекватную самооценку, используя различные тренинги, беседы, самостоятельную работу [3,4]. Одной из задач психологии является изучение самооценки и её связь с тревожностью. Исследование самооценки во взаимосвязи с другими сторонами личности (интроэкстравертированность, тревожность) является актуальной проблемой, дает возможность исследовать личность как целостность.

Цель исследования: изучение взаимосвязи самооценки и уровнем тревожности у студентов-выпускников ВолГМУ.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие 40 студентов 5 курса стоматологического факультета ВолГМУ.

Имеются различные методики определения уровня тревожности [1]. Мы уровень тревожности определяли по методике Тейлора, дополненной В.Г. Норакидзе. Опросник содержал 60 утверждений для оценки уровня тревожности и адаптированности работника к профессиональной деятельности. Индекс тревожности измерялся по шкале Т-баллов. Проводилась экспресс-диагностика уровня самооценки (Фетискин Н.П.)

Результаты исследования: По результатам исследования было выявлено, что 30 студентов (75% тестируемых) обладают средним, нормативным уровнем реалистической оценки своих возможностей (от 11-29 баллов). Заниженная самооценка наблюдалась у 8 студентов (20%), их результат более 29 баллов. Завышенная самооценка встречалась у 2 студентов (5%) – менее 10 баллов.

Студентам с завышенной самооценкой необходимо прислушиваться к мнению других, спокойно относиться к критике, искать причины неудач в себе, не винить окружающих, анализировать свои поступки возможности, быть самокритичными. Студентам с заниженной самооценкой нужно не ругать себя, научиться принимать похвалу, изменить приоритеты.

Они преувеличивают значение неудач, ставят более низкие цели, чем могут достигнуть. Такие люди не уверены в себе, у них формируются такие черты характера, как смирение, пассивность, «комплекс неполноценности». Необходимо помнить, что, каждый человек индивидуален и обладает огромным потенциалом.

Высокая реактивная тревожность наблюдалась у 8 студентов (20%) со сниженной самооценкой, средний уровень тревоги чаще встречался у лиц со средним уровнем самооценки у 32 студентов (80%). Низкий уровень тревожности выявлен не был. Наибольший уровень тревожности возникал в стрессовых ситуациях: итоговое занятие, зачеты, экзамены. В таких случаях тревожность приводит к бессоннице, напряжению. В таких ситуациях необходимо проанализировать события, наметить пути решения, чтобы избежать негативного влияния.

В ходе исследования чаще выявлялась заниженная самооценка у девушек, так как они более самокритичны, чем мужчины.

Выводы: Высокий уровень тревожности встречался при заниженной самооценке, непонимании себя по каким-то параметрам. Реалистичная оценка самого себя придает уверенности и силы. Повышенная тревожность также была выявлена при завышенных требованиях к себе, когда желание достичь высокого результата превышало возможности.

Определение самооценки и уровня личностной тревожности и их параметров важны для диагностики личности и имеют большое значение в педагогической практике, для проведения коррекционной работы на понижение и выяснения причины тревожности. Необходимо проводить дальнейшие исследования в этой области, чтобы найти приемы снижения уровня личностной тревожности у студентов и иметь правильную самооценку.

Литература.

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. - СПб.: Питер, 2001, 288 с.
2. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Тревога и тревожность. - СПб.: Питер, 2001, 156 - 165 с.
3. Старикова И.В., Радышевская Т.Н., Алешина Н.Ф. Эффективность использования интерактивных методов обучения в медицинском вузе // Colloquium-journal. 2018. № 4 (15). - С. 28-30.
4. Старикова И.В., Радышевская Т.Н., Марымова Е.Б., Кремнева Д.С. Особенности и роль мотивации к обучению у студентов медицинского вуза // Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации. Сборник статей X Международной научно-практической конференции в 2 ч. Ч.1. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2018. – С. 221 - 223.

УДК 159.942

Ю. Ю. Сыченко, В. В. Болучевская

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Волгоградский государственный медицинский университет

Кафедра общей и клинической психологии

Введение. В связи с высоким числом заболеваемости и смертности населения от острых нарушений мозгового кровообращения, проблема мозгового инсульта и по сей день остается актуальной. Последствиями инсульта часто является стойкая инвалидизация. Из всех пациентов, перенесших данное заболевание, только 15-20% возвращаются к трудовой деятельности, а остальные вынуждены проходить долгую реабилитацию или же полностью зависимы от окружающих [4, 6]. Наряду с возникающими двигательными и когнитивными нарушениями, пациенты, перенесшие инсульт, часто страдают от эмоциональных расстройств, проявляющихся в виде повышенной тревожности и депрессии, вопрос об этиологии которых до сих пор открыт для научного сообщества [1, 2, 3, 5].

Цель: исследование реактивной и личностной тревожности у пациентов с последствиями инсульта в левом и правом полушариях головного мозга.

Материалы и методы. В качестве методики исследования выступила Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин). Общий объем выборки составил 30 человек (по 15 с лево- и правополушарной локализацией очага поражения). Исследование проводилось в острый период заболевания (до 21 дня после возникновения нарушения). Очаг поражения был подтвержден клиническим и нейровизуальным исследованиями (КТ, МРТ). В исследование не включались пациенты с локализацией поражения в вертебробазилярном бассейне, с сопутствующим эпилептическим синдромом, с выраженными когнитивными нарушениями, препятствующими проведению исследования.

Результаты и обсуждение. Диагностика ситуативной тревожности показала, что у 87% пациентов с левополушарной локализацией поражения головного мозга, наблюдается высокий уровень ситуативной тревожности, в то время как у пациентов с правополушарной локализацией высокий уровень отмечается только у 26%; умеренная тревожность при левополушарной локализации составила 13%, при правополушарной – 67%. При этом только у 7% пациентов с правополушарной локализацией отмечается низкий уровень ситуативной тревожности.

По шкале личностной тревожности ни у одной группы обследованных не был зафиксирован низкий уровень. Умеренный уровень был отмечен у 53% пациентов с левополушарной локализацией, и у 74% с правополушарной. Высокий уровень тревожности наблюдается у 47% пациентов с лево- и 26% правополушарной локализацией. Таким образом, можно сделать вывод о том, что для обеих групп пациентов с последствиями инсульта в большей степени характерна умеренная личностная тревожность.

В результате сравнения выборок по данной методике с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни было установлено, что при исследовании

личностной тревожности между двумя выборками пациентов с левополушарной и правополушарной локализацией повреждения, статистически значимых различий не выявлено ($p=0,23$). Это говорит о том, что уровень личностной тревожности не зависит от локализации нарушений головного мозга.

Данные по исследованию ситуативной тревожности указывают на то, что существуют значимые различия ($p=0,01$) между выборками пациентов с лево- и правополушарной локализацией очага повреждения. Так, у пациентов с левополушарной локализацией нарушений уровень ситуативной тревожности выше, чем у пациентов с правополушарной локализацией. В результате, можно предположить, что уровень тревожности, в данном случае, зависит от локализации повреждения в одном из полушарий.

Выводы. Таким образом, при исследовании тревожности было выявлено, что у пациентов с левополушарной локализацией повреждения уровень ситуативной тревожности статистически значимо ($p<0,05$) выше, чем у пациентов с правополушарной локализацией. Можно предположить, что уровень ситуативной тревожности зависит от локализации очага повреждения. Уровень личностной тревожности в обеих выборках в большей степени представлен как умеренный и от локализации повреждения не зависит.

Литература

1. Волчанский, М.Е., Деларю, В.В., Болучевская, В.В. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы // Вестник ВолГМУ. – 2012. – №2 (42). – С. 3-5.
2. Лапаева, Т.В., Асанбаева, Е.О. Первичная мнестическая дисфункция и уровень личностной тревожности в остром периоде инсульта / Т.В. Лапаева, Е.О. Асанбаева // Бюллетень северного государственного медицинского университета. – 2013. – С. 92.
3. Новикова, Л.Б., Акопян, А.П. Когнитивно-эмоциональные аспекты острейшего периода инсульта / Л.Б. Новикова, А.П. Акопян // The Unity of Science: International Scientific Periodical Journal. – 2016. – №4. – С. 128-130.
4. Суслина, З.А., Пирадов, М.А., Домашенко, М.А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет спустя) / З.А. Суслина, М.А. Пирадов, М.А. Домашенко // Журн. неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2014. – №11. – С. 5-13.
5. Чарикова, И.А., Ахтямов, Н.Н., Волкова, Л.И. Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического инсульта / И.А. Чарикова, Н.Н. Ахтямов, Л.И. Волкова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №3. – С. 36-39.
6. Ярош, А. С., Пирогова, Л. А., Филина, Н. А. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения / А.С. Ярош, Л.А. Пирогова, Н.А. Филина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – №3. – С. 17-19.

УДК 159.9: 61+616.89

Н. Г. Туровская, О. Д. Туровская
**НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ
 ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БУДУЩЕМ ПОДРОСТКОВ
 С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Волгоградский государственный медицинский университет,
 Волгоградский государственный социально-педагогический университет,
 Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница

Формирование конкретного представления о своем будущем влияет на дальнейшую социализацию подростка и является показателем личностной зрелости. Не являются исключением и несовершеннолетние с нервно-психическими расстройствами. Изучение представлений о будущем и своей роли в достижении желаемого будущего у подростка с выраженными нарушениями поведения позволяет выявить преобладающий фон настроения, иррациональные установки и убеждения, уровень притязаний и самооценки, ведущие тенденции в мотивационной сфере, проследить причинно-следственные связи между его прошлым, настоящим и будущим. В решении этой задачи особая роль отводится работе психолога в целом и психологической диагностике в частности [1]. Тем более, что оказание помощи детям и подросткам с нервно-психическими расстройствами и нарушениями поведения должно носить комплексный и многоцелевой характер и осуществляться рядом специалистов [2].

Одним из эффективных методов анализа представлений подростков о будущем является нарративный подход. Понятие нарратива пришло в психологию из постмодернистских и постструктуралистских философских и литературоведческих концепций. «Нарративом называется история жизни человека, рассказываемая им самим. Нарративы представляют собой формы получения знания, структурирования, восприятия мира и упорядочивания личного опыта» [3; с. 7].

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы. В исследовании участвовали подростки 12–15 лет. Пациентам предлагалось написать сочинение «Мое представление о будущем» и выполнить задание методики «15 «Я»» (многократно продолжить предложение, начинающееся словом «Я»).

Приводим пример использования нарративного подхода к психологической диагностике в отношении пациентки С. (13 лет), имеющей выраженные нарушения поведения, проявляющиеся в повышенной агрессивности по отношению к окружающим, и патологию сферы влечений («желание причинить боль»).

Результаты и их обсуждение. Анализ сочинения. Сразу хочется отметить сам стиль сочинения подростка: слог очень сухой, бедный, в сочинении мало подробностей. По стилю сочинение скорее напоминает деловой отчет. Данные особенности выполнения задания могут свидетельствовать как о нежелании респондента участвовать в исследовании, так и о его общей инактивности, эмоциональном уплощении. При непосредственном общении с девочкой обращают на себя внимание свойственные ей бедность эмоций, невыразительность интонации и мимики, эмоциональная отстраненность.

В первую очередь С. пишет о своем желании стать судмедэкспертом. Выбор профессии выглядит нестандартно для девочки, и тут довольно легко провести определенную параллель, если обратить внимание на анамнез (желание причинять боль окружающим). За желанием стать судмедэкспертом (проводить вскрытие умерших) в данном случае стоит сублимация.

Представления о семье у С. довольно традиционные (2 ребенка и муж). Дальнейшее описание будущей жизни выглядит абсолютно стандартным, напоминает скорее набор клише (сын будет ходить в спортивную школу (как и положено мальчикам), а дочь – в художественную или на танцы (как совершенно обычная девочка); к 50-ти годам дети переедут в свои квартиры, а С. с мужем в загородный дом (стереотип о том, что бабушка с дедушкой должны жить в частном доме). Далее С. пишет о своем выходе на пенсию (снова стандартное клише), а также добавляет, что у нее будет много увлечений (но каких именно не прописывает). Интересным является то, что Саша описывает всю свою жизнь буквально до самой смерти (словно пишет биографию литературного героя), но самым клишированным из всего сочинения является описание девочкой своей собственной смерти («умру во сне»), причем С. даже называет точную дату («в 81 год»).

Еще одной из особенностей сочинения является то, что в нем описывается очень много перемещений в пространстве (переезд в Норвегию, переезд в другую квартиру побольше, переезд в загородный дом и переезды детей). Все это может говорить о возможном желании убежать от проблем («переехать»).

Если говорить об уровне самооценки С., исходя из данного сочинения, она является адекватной, так как девочка описывает обычную жизнь среднестатистической женщины, у которой уровень жизни чуть выше среднего (из общей картины выбивается только переезд в Норвегию и поездка «на какой-нибудь островок»). Уровень притязаний также соответствует норме.

Анализ задания «15 «Я»». В основном высказывания С. содержат отрицательную окраску: злость («я раздражена»), тревога («я не уверена в себе»), усталость («я хочу спать», «я очень хочу уединиться»). Это говорит об общем негативном фоне настроения девочки: она устала находиться в больничных условиях, в палате в других детях, которые «все время кричат, бегают» и т.д. Есть также несколько выражений, которые могут указывать на то, что С. беспокоит не только то, что происходит вокруг нее (нахождение в больнице), но и то, что происходит внутри (психологические проблемы): «я не уверена в себе. Я вообще ни в чем не уверена» (боязнь за свое будущее, возможно, страх и неуверенность вызваны теми изменениями, которые происходят внутри), «я хочу избавиться от проблем» (скорее всего психологических), «я плохо переношу боль и боюсь ее» (страх перед болью и, возможно, лечением).

Есть также несколько нейтральных предложений («я смотрю на свой пенал», «я утоляю жажду», «я пишу»), говорящих о некоторой психической инактивности девочки; и выражений, содержащих позитивную окраску («я люблю природу», «я во взрослой жизни перееду в Норвегию»), позволяющих выявить ресурсные моменты в ее мотивационной сфере.

Обращает на себя внимание то, что большое количество фраз содержат в себе требование: «я хочу спать», «я хочу, чтобы кто-нибудь исполнил все мои желания», «я

очень хочу уединиться», «я хочу избавиться от проблем», что свидетельствует о преобладании в сознании и поведении испытуемой экстрапунитивных реакций.

Выводы. Таким образом, нарративный подход к диагностике представлений о будущем подростков с нервно-психическими расстройствами (в частности - сочинение «Мое представление о будущем», методика «15 «Я»») позволяет выявить их личностные особенности, установки, мировоззрение, уровень самооценки и притязаний, возможные психологические проблемы в той или иной сфере и, следовательно, наметить возможные пути и «мишени» будущей психологической коррекции.

Литература.

1. Туровская Н.Г. Анализ случая психокоррекционного сопровождения ребенка с нарушением поведения церебрально-органического генеза // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – №2. – С. 75–81.
2. Туровская, Н. Г. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 56. – №4. – С. 3–8.
3. Преображенская А. О. Нарративный подход в системе психологического сопровождения семей // Социосфера. – 2012. – № 1.

УДК 159.9: 61+616.89

Н. Г. Туровская

К ВОПРОСУ О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫМИ ПРИСТУПАМИ

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии;

Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница

Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания составляют около 25% среди всех пароксизмальных расстройств сознания у детей [1]. К неэпилептическим пароксизмальным состояниям большинство отечественных неврологов относят и аффективно-респираторные приступы [2].

Неэпилептические пароксизмальные состояния, как правило, прогностически более благоприятны, чем эпилептические [3]. Воздействие на головной мозг при них в основном сводится к гипоксии. Однако длительное воздействие гипоксии на головной мозг может вызвать значительные изменения в мозговых структурах, вплоть до формирования эпилептических очагов и вторичного появления судорожных приступов [4]. Понятно, что указанные нарушения не могут не отразиться на психическом развитии ребенка и состоянии его центральной нервной системы в целом.

Результаты последних исследований показывают, что неэпилептические пароксизмы в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями развития ряда психических функций (динамического праксиса, сомато-пространственного гнозиса и пространственного праксиса, способности понимания логико-грамматических конструкций, модально-неспецифического компонента памяти, зрительно-моторной координации, речи, мышления), возникновением эмоционально-волевых нарушений, проблем поведения и патологией интеллекта в целом.

Однако, эпилептические и неэпилептические пароксизмальные состояния одинаково сочетаются с усугублением повышенной истощаемости психической деятельности, нарушениями кинестетического праксиса и модально-специфическими нарушениями памяти (в первую очередь, слуховой и зрительной). При неэпилептических пароксизмальных состояниях также отмечаются нарушения динамического праксиса (в степени – от легкой до выраженной) [5, 6].

Нами было продолжено исследование специфики нарушений развития психических функций у детей с отдельными неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе, в частности аффективно-респираторными приступами.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница». В исследовании приняли участие 54 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет, имевших в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку пароксизмальные состояния, в том числе неэпилептические. У 51,85% испытуемых (от количества испытуемых с пароксизмами) в анамнезе наблюдались только эпилептические пароксизмы, у 22,22% – только неэпилептические пароксизмы, у 22,22% – неэпилептические пароксизмы сменились эпилептическими, у 3,71% - эпилептические пароксизмы сменились неэпилептическими.

Среди неэпилептических пароксизмов отмечались фебрильные судороги, аффективно-респираторные приступы, другие психогенно-обусловленные приступы, вегетативно-висцеральные пароксизмы, судорожный синдром новорожденного в анамнезе.

В качестве методов исследования использовались клиничко-биографические (изучение медицинской документации, анализ анамнестических сведений, наблюдение, анкетирование («Анкета для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ (гиперактивного расстройства с дефицитом внимания) и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко Н.Н., 2005)) и экспериментально-психологические (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002)) [7, 8, 9]. Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и их обсуждение. Сопряженность неэпилептических пароксизмальных состояний с патологией психического развития детей неоднозначна. Сложности дифференциального анализа, в первую очередь, обусловлены трудностями верификации данных состояний как неэпилептических.

В ряде случаев (в нашем исследовании – в 22,22% случаев) они сменяются верифицированными эпилептическими состояниями.

Статистически значимое различие выраженности нарушений психических функций при различных неэпилептических пароксизмальных состояниях выявилось по шкалам «динамический фактор» ($F=3,271$; $p=0,031$), «номинативная функция речи» ($F=3,455$; $p=0,027$), «внимательность» ($F=11,435$; $p=0,000$), «зрительно-моторная координация» ($F=3,757$; $p=0,020$), «визуальное линейное мышление» ($F=3,137$; $p=0,039$), «понятийное интуитивное мышление» ($F=3,080$; $p=0,041$), «понятийное

логическое мышление» ($F=3,539$; $p=0,026$), а также по шкале «трудности школьного обучения» ($F=5,615$; $p=0,019$) [10].

Исследование показало, что у детей с аффективно-респираторными приступами по сравнению с детьми, имеющими в анамнезе другие неэпилептические пароксизмальные состояния, отмечаются выраженные нарушения динамического фактора ($F=3,271$; $p=0,031$), номинативной функции речи ($F=3,455$; $p=0,027$), активного внимания ($F=11,435$; $p=0,000$), зрительно-моторной координации ($F=3,757$; $p=0,020$), визуального линейного ($F=3,137$; $p=0,039$), понятийного логического ($F=3,539$; $p=0,026$) и понятийного интуитивного мышления ($F=3,080$; $p=0,041$). Для этих детей характерны значительные трудности обучения в школе ($F=5,615$; $p=0,019$).

Так как, по нашим данным, у детей с аффективно-респираторными приступами в 80% случаев отмечались нарушения раннего развития, можно предположить, что у детей с аффективно-респираторными приступами и пароксизмы, и нарушения раннего развития являются общим следствием преморбидного органического поражения головного мозга.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что у детей, перенесших в анамнезе аффективно-обусловленные пароксизмы, помимо неспецифических нарушений психических функций (повышенной истощаемости психической деятельности, нарушений кинестетического праксиса и модально-специфических нарушений памяти), отмечаются выраженные нарушения динамического фактора, номинативной функции речи, активного внимания, зрительно-моторной координации, визуального линейного, понятийного логического и понятийного интуитивного мышления, что неизбежно приводит к значительным трудностям обучения в школе.

Следовательно, дети с аффективно-респираторными приступами в анамнезе нуждаются в целенаправленном медико-психолого-педагогическом сопровождении, в процессе которого должны учитываться специфические особенности их психического развития.

Литература.

1. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. – М.: МИА, 2007. – 568 с.
2. Коростовцев Д.Д. и др. Неэпилептические пароксизмальные расстройства у детей: учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во СПбГМА, 2006. – 40 с.
3. Туровская Н.Г. Неэпилептические пароксизмальные состояния как фактор нарушения психического развития (обзор литературных источников) // Современные тенденции развития клинической психологии: материалы заочной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 10-летию факультета клинической психологии ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России. – Астрахань: Издательство ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет», 2016. – С. 100 – 104.
4. Благосклонова Н.К., Морозова М.А. Электрическая активность мозга детей и подростков с пароксизмальными состояниями неэпилептической природы // Дети со сложными нарушениями развития. Психофизиологические исследования / Под ред. Л. П. Григорьевой. – М.: Экзамен, 2006. – С. 294 – 326.

5. Туровская Н.Г. Психическое развитие детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2015. – Т. 7. – №3. – С. 82–95.
6. Туровская Н.Г. Особенности психического развития детей с судорожными пароксизмами в анамнезе и рекомендации по их психологическому сопровождению // Детская и подростковая реабилитация. – 2015. – Т. 25. – №2. – С. 48 – 54.
7. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2005. – 256 с.
8. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей: методический альбом. М.: Педагогическое общество России, 2002. – 96 с.
9. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе: методическое руководство. СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2002. – 208 с.
10. Туровская Н.Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе // Клиническая и специальная психология [Электронный ресурс]. – 2016. – Т. 5. – №1. – С. 77 – 92.

УДК 616.8+159.98

Н. Г. Туровская МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРОЦЕССЕ МОТИВИРОВАНИЯ НА РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Волгоградский государственный медицинский университет

кафедра общей и клинической психологии

Одной из остро стоящих проблем организации процесса реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (далее – ОНМК), является их мотивирование на указанный процесс. Нарушение функций лобных префронтальных (конвексительных и медиобазальных) отделов коры больших полушарий головного мозга, развитие тревожно-депрессивного состояния как реакции на стресс, связанный с осознанием случившейся мозговой катастрофы, и/или изменение метаболических процессов в головном мозге приводят к выраженному снижению у пациентов стремления не только участвовать в реабилитационном процессе, но в целом проявлять какую-либо физическую или психическую активность. С целью преодоления указанного состояния у пациентов, перенесших ОНМК, клиническому психологу и другим членам мультидисциплинарной бригады полезно опираться на механизмы развития личности и, следовательно, целенаправленного формирования необходимых мотивов, описанные отечественными психологами, работавшими в парадигмах культурно-исторического и деятельностного подхода (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б., Божович Л.И., Зейгарник Б.В. и другие).

Напомним, что ведущими механизмами развития личности [1] являются:

- идентификация,
- освоение социальных ролей,

- сдвиг мотива на цель.

В рамках использования механизма идентификации для пациентов необходимо создание положительного примера, некоего достойного подражания и вселяющего надежду на успех идеала, который может быть найден как в прошлом, в том числе собственном опыте, так и в реальной жизни. С этой целью в поликлиниках, в кабинетах врачей и домашних условиях также полезно разместить плакаты, листовки, журналы с описанием и фотографиями людей, преодолевших влияние болезни или взявших болезненные проявления под контроль.

Одним из эффективных мотивирующих факторов является освоение пациентом новых социальных ролей (роль больного должна быть заменена ролью полезного члена семьи, производственного коллектива (если это возможно) или другой общности). В идеале у человека должны быть свои собственные жизненные цели, достижение которых невозможно без восстановления здоровья. Однако, нередко болезнь делает невозможным достижение прежде поставленных целей. В этой ситуации задача ближайшего окружения помочь человеку, с одной стороны, критично оценить свои возможности, с другой – найти удовлетворяющие его и посильные ему новые цели.

Опора на третий механизм (сдвиг мотива на цель) предполагает использование достижений бихевиорального подхода в психотерапии, в частности оперантного обусловливания (Скиннер Б.Ф.). При использовании этого механизма у человека вследствие максимального насыщения той или иной деятельности положительными эмоциями непривлекательная деятельность может стать привлекательной. В связи с этим, процесс реабилитации пациента с ОНМК должен быть максимально наполнен положительными эмоциями, в первую очередь, через положительное подкрепление. Приводим пример реализации данного подхода в правилах повышения мотивации больного на реабилитацию, разработанных с опорой на правила формирования поведения [2].

Правила повышения мотивации больного на реабилитацию путем положительного подкрепления:

1. Необходимо повышать критерии успеха малыми шагами, чтобы у реабилитируемого всегда были реальные шансы получить положительное подкрепление (одобрение, похвалу, приятное времяпровождение и т.п., ощущение успеха).
2. Необходимо одновременно работать только над оптимальным количеством аспектов конкретного поведения или восстанавливаемых навыков и функций.
3. Начинать процесс восстановления необходимо с навыков и функций, самых легких для восстановления у конкретного пациента.
4. Необходимо опережение в планировании программы восстановления, чтобы, если реабилитируемый добьется неожиданного успеха, знать, что делать дальше.
5. 80% общения с реабилитируемым должно носить позитивный характер. Любое проявление успеха в восстановлении навыков и функций должно сопровождаться максимально положительной реакцией окружающих, с акцентом на возможности преодоления недуга и активизации позиции реабилитируемого («У Вас сначала это не получалось, а теперь Вы научились это делать!»).
6. Любое занятие по реабилитации должно заканчиваться положительным подкреплением («Вы молодец – Вы смогли столько времени...!»).

7. В процессе реабилитации психических функций и восстановления навыков один из приоритетных приемов – прием моделирования (физическая помощь реабилитируемому в выполнении необходимого действия).

8. В процессе реабилитации полезно вести графики улучшения, тогда даже в ситуации неудачи пациент будет видеть, что все равно достиг значительного прогресса в сравнении с тем, что было раньше.

Таким образом, ведущей по отношению к пациенту у всех осуществляющих процесс реабилитации должна стать позиция – сделать все возможное, чтобы пациент достиг пусть минимального, но успеха, и максимально поощрить это достижение. У пациента в процессе реабилитации должно возникать ощущение успеха и радости от свершения, что неизбежно будет приводить к увеличению его веры в себя и, соответственно, возможности ставить более высокие цели и задачи реабилитации.

Литература.

1. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. – М.: «ЧеРо», 2005. – 336 с.
2. Прайор К. Не рычите на собаку!: Книга о дрессировке людей, животных и самого себя. – М.: Эксмо, 2013. – 320 с.

УДК 159.9: 61+616.89

**Н. Г. Туровская, А. А. Воронкова, В. А. Курушкина
ФОНОВАЯ ЭЭГ ДЕЗОРГАНИЗОВАННОГО ТИПА
И ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологии;

Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница

В процессе оказания помощи детям с нервно-психическими расстройствами особое значение приобретает реализация принципа комплексности и взаимодействия всех работающих с ребенком специалистов [1]. Так, учет совокупности психофизиологических параметров функционирования головного мозга ребенка с резидуальной церебральной органической патологией, в сочетании с клинико-психологическими данными позволило бы не только спрогнозировать специфику возможного нарушения психического развития, но и существенно повысить эффективность психологического сопровождения больного ребенка и, следовательно, обеспечить дополнительный ресурс оказания помощи помимо медикаментозного лечения [2].

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница». В исследовании приняли участие 66 детей в возрасте 6–9 лет и их родители (законные представители). У всех участвующих в исследовании детей наблюдались признаки резидуальной церебральной органической патологии.

Биоэлектрическая активность головного мозга регистрировалась в стандартных монополярных и биполярных отведениях, на электроэнцефалографе "Мицар-ЭЭГ-201". В качестве психологических методов исследования использовались клинико-

биографические (изучение медицинской документации, анализ анамнестических сведений, наблюдение) и экспериментально-психологические (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова Л.С., 2002)). Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и обсуждение. У 97,6% из принявших участие в исследовании детей была диагностирована фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа [3]. Было установлено, что у большинства обследованных детей ЭЭГ были представлены двумя основными типами:

1) ЭЭГ дезорганизованного типа, при котором доминирует недостаточно организованная альфа-активность, регистрирующаяся со средним на границе с высоким индексом, частотой около 9,5 Гц и амплитудой до 100 мкВ, достаточно устойчивого ритма, локализованная в теменно-затылочных и центральных областях коры;

2) ЭЭГ дезорганизованного типа, с преобладанием медленноволновой тета-активности или без отчетливого преобладания определенного вида активности. Альфа-активность выражена недостаточно (среднего индекса), регистрируется в виде групповых колебаний, низкой частоты до 8,5 Гц и низкой амплитуды до 50 мкВ.

Результаты дисперсионного анализа показали, что наличие фоновой ЭЭГ дезорганизованного типа у детей с резидуальной церебральной органической патологией сопровождается недостаточностью регуляторного фактора ($F=5,692$; $p=0,020$), оптико-пространственного фактора ($F=5,115$; $p=0,027$), внимательности ($F=5,787$; $p=0,018$), модально-неспецифическими нарушениями памяти ($F=6,494$; $p=0,013$) и эмоционально-волевыми нарушениями ($F=4,732$; $p=0,033$). Данные результаты позволяют сделать вывод о том, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа у детей 6–9 лет с резидуальной церебральной органической патологией сочетается, в первую очередь, с несформированностью функций третичных ассоциативных полей (лобных префронтальных, зоны ТРО) коры больших полушарий головного мозга и дисфункцией стволово-диэнцефальных отделов. Такие дети отличаются чрезмерной подвижностью, активностью, повышенной отвлекаемостью, и пресыщаемостью психической деятельности, трудностями ориентации в пространстве, запоминания информации любой модальности, повышенной истощаемостью психических процессов и вызванными ею колебаниями работоспособности [2].

Анализ состояния когнитивных функций у детей из выделенных по типу ЭЭГ групп показал, что различная картина ЭЭГ у детей 6–9 лет с резидуальной церебральной органической патологией коррелирует с различной структурой когнитивной недостаточности. Так, сравнительный анализ с помощью t-критерия Стьюдента выявил статистически достоверные различия ($p<0,05$) между двумя группами детей по таким параметрам, как развитие регуляторного, динамического, конструктивного и пространственного праксиса, понимания логико-грамматических конструкций (квазипространственных отношений), интеллектуальных процессов, навыков письма, чтения и счета. У детей второй группы, на ЭЭГ которых недостаточно выражена альфа-активность, наблюдаются более выраженная несформированность функций третичных корковых полей и премоторных отделов лобных долей коры

больших полушарий головного мозга. Дисфункция стволово-диэнцефальных отделов у детей обеих групп выражена одинаково сильно.

Заключение. Таким образом, в результате эмпирического исследования было выявлено, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа у детей с резидуальной церебральной органической недостаточностью сопровождается несформированностью регуляторного фактора, оптико-пространственного фактора, внимательности и модально-неспецифическими нарушениями памяти. Также установлено, что чем ниже уровень альфа-активности на ЭЭГ детей младшего школьного возраста, тем более выраженный характер носят нарушения регуляторных функций, динамического фактора и пространственных синтезов.

Литература.

1. Туровская, Н. Г. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни / Н. Г. Туровская, О. В. Курушина, В. В. Деларю // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 56. – №4. – С. 3 – 8.
2. Туровская, Н. Г. Особенности когнитивного развития детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ / Н. Г. Туровская // Психиатрия. – 2016. – Т. 71. – №3. – С. 30 – 39.
3. Туровская, Н. Г. Значение пароксизмальных судорожных состояний в формировании высших психических функций у детей с резидуально-органическими заболеваниями центральной нервной системы / Н. Г. Туровская // Вестник Ассоциации психиатров Украины [Электронный ресурс]. – 2013. – №1. – Режим доступа: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/35069.

УДК 159.9: 61+616.89

Н. Г. Туровская

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ В АНАМНЕЗЕ

Волгоградский государственный медицинский университет
кафедра общей и клинической психологии

Важность изучения патологии развития речи у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе, в первую очередь, определяется частотой встречаемости указанного нервно-психического расстройства в детском возрасте: 17-20 случаев на 1000 [1]. Исследование данного вопроса важно также потому, что, с одной стороны, речь, как системная функция, не может оставаться интактной при любом направлении действия патологического процесса, с другой стороны, множественность функций речи определяет ее ведущую роль в социально-психологической адаптации.

В настоящий момент интенсивно изучаются нарушения речевых функций у детей с эпилепсией [2]. Так, исследования Троицкой Л.А. (2009) показали, что среди различных нарушений речи в детском возрасте при данном заболевании отмечаются задержка речевого развития (у 16%), нарушения фонетико-фонематического слуха (у 19%), снижение слухоречевой памяти (у 13%), общее недоразвитие речи (у 2%), сенсомоторная афазия (у 2%), дизартрия, связанная с миоклонией языка (у 1%) [3].

Нами было проведено психологическое исследование особенностей психического онтогенеза детей, имевших в анамнезе судорожные пароксизмы

различной этиологии. Особое внимание при этом было уделено нейропсихологическому анализу нарушений речевого развития у указанной категории больных детей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 66 детей в возрасте 6–8 лет и их родители (законные представители). Из принявших участие в исследовании детей 54 человека (52,94% от общего количества респондентов) имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку пароксизмальные состояния, 12 человек (11,76% от общего количества респондентов) – эпилептиформную активность на ЭЭГ без приступов в анамнезе. У 91,67% испытуемых от всех фактов наличия пароксизмальных состояний в анамнезе пароксизмы развились на фоне преморбидной церебральной органической недостаточности.

В качестве эмпирических методов исследования использовались «Анкета для родителей детей 5–15 лет для выявления ГРДВ и минимальных мозговых дисфункций» (Заваденко Н.Н., 2005), методика нейропсихологической диагностики детей (Цветкова Л.С., 2002), диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе» (Ясюкова Л.А., 2002). Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных в ходе исследования данных показал, что наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ сочетается с недостаточностью динамического праксиса ($F=3,636$; $p=0,030$), кинестетического праксиса ($F=3,307$; $p=0,041$), способности понимания логико-грамматических конструкций ($F=3,191$; $p=0,046$). Дисперсионный анализ значений по шкале «Наличие «латентной» эпилепсии» позволил выявить статистически значимые связи между не сопровождающейся приступами эпилептиформной активностью на ЭЭГ и ослаблением функции динамического праксиса ($F=4,351$; $p=0,040$). На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что выявление эпилептиформной активности на ЭЭГ с высокой степенью вероятности сочетается со снижением функции динамического праксиса, даже в ситуации отсутствия приступов. При этом у детей с приступами большее количество пароксизмальных состояний в анамнезе сопряжено с более выраженным нарушением данной функции ($F=3,707$; $p=0,021$).

Следовательно, эпилептиформная активность на ЭЭГ у детей 6–8 лет с преморбидной церебральной органической патологией сопровождается дисфункцией широкой двигательной зоны (теменных и лобных премоторных отделов), а также зоны ТРО левого полушария. У детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ (даже в ситуации отсутствия приступов в анамнезе) наблюдаются трудности развития произвольных двигательных функций (кинестетическая и динамическая диспраксии).

Таким детям свойственны моторная неловкость, трудности овладения собственным телом и двигательными навыками, выраженные затруднения в переключении с одного вида движения и действия (в том числе умственного или речевого) к другому, инертность психической деятельности в целом. Дисфункция премоторных отделов нередко сочетается с явлениями переднего аграмматизма, как сложностью последовательного объединения отдельных речевых элементов (слов, слов, предложений и т.п.) в единое целое (сукцессивного синтеза). Дисфункция зоны ТРО левого полушария, сопровождающаяся недостаточным развитием способности

понимать логико-грамматические конструкции (несформированность квазипространственного фактора), дополняет явления переднего аграмматизма явлениями заднего аграмматизма, что существенно затрудняет речемыслительную деятельность таких детей [4].

Результаты исследования также показали, что различные аспекты нарушения речевых и других, системно связанных с ними психических функций, по-разному сопряжены с отдельными этиопатогенетическими параметрами заболевания. Так, дисперсионный анализ выявил наличие статистически значимой связи между возрастом начала приступов и развитием кратковременной речевой памяти ($F=5,312$; $p=0,003$): чем раньше в анамнезе начинаются приступы, тем чаще у детей диагностируются нарушения кратковременной речевой памяти [5].

Статистически значимая связь была диагностирована между длительностью заболевания в анамнезе и нарушением развития номинативной функции речи ($F=3,302$; $p=0,029$), способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=4,568$; $p=0,007$), речевого развития в целом ($F=6,039$; $p=0,002$), а также патологией развития понятийного логического ($F=4,560$; $p=0,008$) и понятийного речевого ($F=4,749$; $p=0,006$) мышления. Таким образом, продолжительное присутствие в анамнезе ребенка дошкольного возраста пароксизмальных состояний сопряжено с патологией развития у него как речевых функций, так и связанных с речью форм мышления.

Дисперсионный анализ также выявил прямую статистически значимую связь между нарушением развития речи ($F=3,789$; $p=0,020$) и связанных с речью форм мышления (понятийного логического ($F=7,525$; $p=0,001$) и понятийного речевого ($F=4,973$; $p=0,006$)) и количеством приступов в анамнезе. Причем эти нарушения сопровождаются общим снижением интеллекта ребенка (вплоть до глубокой интеллектуальной неполноценности) ($F=3,588$; $p=0,025$) [6].

Неэпилептические пароксизмальные состояния в отличие от эпилептических значительно реже сочетаются с нарушениями динамического праксиса ($F=5,850$; $p=0,020$), способности понимать логико-грамматические конструкции ($F=5,321$; $p=0,026$), речевым развитием в целом ($F=8,790$; $p=0,005$), а также развитием понятийного логического ($F=12,748$; $p=0,001$) и понятийного речевого ($F=9,955$; $p=0,003$) мышления [7, 8]. Таким образом, патологическое воздействие неэпилептических пароксизмов на развитие речевых функций менее выражено, чем эпилептических.

Использование полученных данных в процессе оказания медико-психолого-педагогической помощи детям с указанной нервно-психической патологией позволит сделать этот процесс более целенаправленным, а следовательно – эффективным.

Выводы. Таким образом, в ходе экспериментально-психологического исследования выявлены как общие (неспецифические), так и дифференцированные нарушения речи у детей с судорожными пароксизмами в зависимости от разных характеристик заболевания. Данные результаты полезно использовать в процессе построения психокоррекционных и психопрофилактических программ в работе с указанной категорией детей.

Литература.

1. Сенаторова, А. С. Педиатру о судорожных состояниях у детей / А. С. Сенаторова, Л. Н. Черненко, М. В. Шапко // Дитячий лікар. – 2011. – №3. – С. 8 – 16.
2. Туровская, Н. Г. Нарушения речи у детей с пароксизмальными состояниями: клинико-психологический аспект / Н. Г. Туровская // Грани познания: электронный научно - образовательный журнал ВГСПУ [Электронный ресурс]. – 2013. – Т. 21. – №1. – С. 48 – 50.
3. Троицкая, Л. А. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01, 19.00.04 / Троицкая Любовь Анатольевна. – Москва, 2009. – 54 с.
4. Туровская, Н. Г. Особенности когнитивного развития детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ / Н. Г. Туровская // Психиатрия. – 2016. – Т. 71. – №3. – С. 30 – 39..
5. Туровская, Н. Г. Патология памяти в структуре нарушения психического развития у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе / Н. Г. Туровская // Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8. – №3. – С.145 – 155.
6. Туровская, Н. Г. Судорожные пароксизмы как фактор нарушения психического развития детей с преморбидной церебральной органической патологией / Н. Г. Туровская // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 52. – №4. – С. 91 – 94.
7. Туровская, Н. Г. Психическое развитие детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе / Н. Г. Туровская // Психологическая наука и образование psyedu.ru [Электронный ресурс]. – 2015. – №3.
8. Туровская, Н. Г. Нейропсихологическая квалификация особенностей психического развития детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями в анамнезе / Н. Г. Туровская // Клиническая и специальная психология [Электронный ресурс]. – 2016. – Т. 5. – №1. – С. 77 – 92.

УДК 616.89-072.85

Л. И. Цидик

МОДЕЛИРОВАНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ РАША

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь,
кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель: заведующий кафедрой медицинской психологии и
психотерапии, доцент, к.м.н. М.А. Асанович

Введение. В странах СНГ наблюдается недостаток современных многофакторных личностных опросников, с доказанными психометрическими свойствами, с помощью которых можно было бы измерять выраженность клинически значимых личностных особенностей пациентов, а также использовать на целевом контингенте (депрессивные, тревожные расстройства, расстройства адаптации, соматоформные расстройства) [1]. ОНР - методика, которая используется в клинике для реализации этих целей, однако она нуждается в переструктурировании, так как психометрические характеристики данного инструмента до сих пор не исследовались.

В большинстве своём русскоязычные психодиагностические тестовые методики, существующие в настоящее время и использующиеся в клинике, созданы на базе классической теории тестов (КТТ)[2]. Опросник невротических расстройств также был разработан на основе классической теории тестов, которая не содержит положений и разработок методологии измерения психологических конструктов. Это связано с тем, что психологические конструкты относятся к латентным переменным, а они не могут быть разделены на единицы измерения и подсчитаны числом этих единиц. Главным негативным последствием отсутствия научно-обоснованного измерения в классической психометрике явилась выраженная нестабильность психодиагностических оценок [1]. Итак, латентный психологический конструкт в ходе тестирования остаётся неучтённым, следовательно, основное внимание в классической теории тестов уделяется расчётам надёжности. Надёжность теста не может считаться устойчивой характеристикой теста. Она характеризует больше психодиагностическое исследование, в котором применяется данный тест. Это говорит о необходимости расчёта надёжности в каждом последующем психодиагностическом исследовании.

Таким образом, методики выполненные на основе КТТ, нельзя называть измерительными инструментами, т.к. они лишены научного измерения психологического конструкта. Чаще всего в современных научных работах по психодиагностике применяется такая разновидность современной теории тестов, как модель Раша.

Цель. Оценить психометрические свойства созданной шкалы тревожных переживаний личностного опросника на основе метрической системы Раша.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе психоневрологического отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №3 г. Гродно». Осуществлено обследование группы пациентов, страдающих депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести (рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод), невротическими, соматоформными и связанными со стрессом расстройствами. Группа исследования включала 296 пациентов.

Изначально ответы всех испытуемых на все задания методики были внесены в общую матрицу данных, которая рассматривалась как общая шкала, включающая все 300 пунктов методики. Данная матрица с помощью метрической системы Раша была преобразована в матрицу вероятностей, на основании которой был произведён расчёт конструктивной валидности путём вычисления индексов качества для каждого пункта опросника. Проводилось несколько повторяющихся циклов моделирования шкалы, после каждого из которых оценивались значения индексов качества пунктов и исключались пункты, имеющие неадекватную конструктивную валидность (вне диапазона 0,7-1,3). Последней считалась итерация, на которой все пункты имели приемлемую конструктивную валидность.

Индексы качества характеризуют конструктивную валидность отдельного вопроса, к ним относятся невзвешенное среднее квадратичное – **UMS** (unweightet mean squared), взвешенное среднее квадратичное – **WMS** (weightet mean squared).

Модель Раша позволяет оценить надёжность диагностической методики на основе показателя надёжности и индекса «числа слоёв». На основании матрицы

вероятностей также произведён факторный анализ остатков, позволяющий определить одномерность или неоднородность полученной шкалы методики.

Результаты. На данном этапе работы был произведён расчёт трудности пунктов данной шкалы опросника, оценка конструктивной валидности, проведён содержательный анализ пунктов, надёжность шкалы оценивалась с помощью показателей надёжности и сепарационной статистики на основе модели Раша.

Оценка конструктивной валидности утверждений проводилась в несколько повторяющихся циклов моделирования (итераций). При моделировании данной шкалы потребовалось осуществить 43 итерационных цикла. Цикл, в результате которого данное условие было соблюдено, и явился завершающим. Таким образом, шкалу тревожных переживаний методики ОНР составило 41 утверждение. Значение индекса качества UMS п.165 не достигло пределов необходимого диапазона (UMS 0,67) в 41 итерации, а в 42 итерации значение UMS п.232 превысило нормативный диапазон и составило 1,34, что свидетельствует о их несоответствии диагностической направленности шкалы. После их исключения все оставшиеся пункты шкалы показали удовлетворительные значения индексов качества. Такие показатели характеризуют утверждения как принадлежащие исследуемому конструкту, а шкалу позволяют оценить, как достаточно конструктивно валидную.

Содержательный анализ оставшихся пунктов показал, что все пункты описывали тревожные переживания и симптомы тревоги. В качестве примеров можно привести следующие утверждения: «У меня часто так много мыслей в голове, что я не могу найти разумное решение» (№ 33), «Я настолько беспокоен, что не могу долго спокойно сидеть на одном месте» (№ 68), «Я часто просыпаюсь весь в поту» (№ 80), «В волнующих ситуациях я начинаю заикаться и не могу ясно произнести ни одного слова» (№ 86).

Таким образом, оценка содержательной валидности оставшихся пунктов с приемлемыми значениями индексов WMS и UMS позволила рассматривать их как пункты новой шкалы опросника, получившей название «шкала тревожных переживаний».

Анализ полученных данных показывает, что трудности пунктов находятся в диапазоне от -1,23 до +2,28 логита, а так как, наиболее приемлемым для психодиагностических методик является интервал от -2 до +2 логитов, то в данной шкале присутствуют пункты как с чрезмерно высоким, так и низким уровнем трудности, что позволит ей с большей точностью диагностировать различные уровни выраженности исследуемого конструкта.

Факторный анализ нормализованных остатков от разницы между наблюдаемыми и ожидаемыми оценками ответов на пункты методики показал одномерность сформированной шкалы, т.е. шкала оценивает только один конструкт (в данном случае уровень тревоги), что соответствует современным принципам научного измерения.

Надёжность шкалы оценивалась с помощью показателей надёжности и сепарационной статистики модели Раша, которые также рассчитывались отдельно для каждой итерации. Значение индекса надёжности, полученного при проведении 1 итерации, составило 0,95, что соответствует очень хорошему уровню надёжности

моделируемой шкалы. При значительном уменьшении количества пунктов, в результате проведения последующих итерационных циклов, значение индекса надёжности практически не изменилось и составило 0,91. Такое значение данного показателя характеризует надёжность методики, как очень хорошую. Внутренняя согласованность, которую отражает коэффициент надёжности, характеризует устойчивость связей между пунктами диагностической шкалы.

На завершающем этапе исследования был проведён анализ показателя «Индекс числа слоёв» для оценки дифференцирующей способности методики. В нашем исследовании значение данного показателя составило 6,4 по результатам первой итерации и 4,4 – после проведения 43 итерации, т.е. методика, лишившись некачественных пунктов, значительно изменила свои дискриминативные возможности и может дифференцировать четыре уровня выраженности тревоги.

Выводы: 1. Применение модели Раша дало возможность разработать шкалу тревожных переживаний нового личностного опросника на основе ОНР.

2. Созданная шкала тревожных переживаний обладает удовлетворительными психометрическими характеристиками: трудность пунктов находится в пределах -1,23 до +2,28 логита, что соответствует широкому диапазону выраженности исследуемого конструкта, утверждения обладают адекватной конструктивной валидностью.

3. Шкала является одномерной, имеет относительно сбалансированную метрическую структуру, индекс надёжности равен 0,91, способна дифференцировать 4 уровня выраженности тревоги, что является показателем высоких дискриминативных свойств шкалы.

Литература.

1. Ассанович, М. А. Клиническая психодиагностика: Учебное пособие / М. А. Ассанович. – Минск, 2012. – 343 с.
2. Фер, Р. М. Психометрика: Введение. / Р. М. Фер, В. Р. Бакарак; пер. с англ. А. С. Науменко, А. Ю. Попова; под ред. Н. А. Батурина, Е. В. Эйдмана. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2010. – 445 с.

УДК 616-893

А. А. Черенков, Н. Г. Обухов, С. С. Г. А. Гуреев

DELIRIUM TREMENS У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

БУЗ «Республиканский наркологический диспансер

МЗ Удмуртской Республики, г. Ижевск

Научный руководитель: д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Ижевской государственной медицинской академии И.А. Уваров

Алкогольный делирий (delirium tremens), описанный еще в позапрошлом веке является едва ли не самым опасным в плане прогноза ad vitam проявлением алкогольной зависимости. По данным литературы [2] частота delirium tremens (DT) составляет до 5% среди больных алкоголизмом. Летальность при этом состоянии может составить до 20% при отсутствии адекватной терапии и до 1% при квалифицированной стационарной помощи [3;5;6]. Таким образом, изучение любых аспектов DT представляется достаточно актуальной задачей.

Целью работы был анализ различных аспектов диагностики, клиники и терапии ДТ у лиц пожилого возраста.

Исследование проведено на массиве больных прошедших через отделение анестезиологии - реанимации (ОАРИТ) Республиканского наркологического диспансера (РНД) в течение 5-ти лет (2013-2017 гг.).

Показанием к переводу в ОАРИТ было, прежде всего, проявление витальных дисфункций: расстройств гемодинамики, дыхательная недостаточность. Значимым показанием для перевода в отделение являлось также психоэмоциональное возбуждение, сопровождающееся агрессией и аутоагрессией. Проявления ДТ включали в себя неадекватность поведения, бредовую продукцию (наблюдали «людей с ятаганами» et cet), бормотание.

Всего ДТ был зафиксирован у 256 пациентов. Средний возраст составил $43,6 \pm 7,8$ лет. Длительность пребывания в отделении больных с ДТ составила от 1 до 45 суток (в среднем 4,6).

Всем больным при поступлении был обеспечен сосудистый доступ, составлена инфузионная программа, обеспечен мониторинг (в т.ч. и лабораторный) основных витальных функций.

Однако 57 больных, т.е. почти четверть, были старше 60 лет. Именно они составили наиболее «проблемную» часть наших пациентов, и, именно у них ДТ протекал более длительно. Была выявлена достаточно четкая закономерность более злокачественного течения ДТ у возрастных больных. Поскольку на течение заболевания накладывался еще и соматический, прежде всего, «сосудистый» фактор.

Для подтверждения изложенного выше тезиса проведена ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головы и шеи у 44 пациентов на аппарате «СОНАМЕД 325» на основании которой, были выявлены грубые нарушения проходимости крупных сосудов у 35 (79,5%) больных. Параллельно, на этом же аппарате проведена электроэнцефалография (ЭЭГ) на которой также выявлены серьезные нарушения.

При нейровизуализационном исследовании 23 больных (МРТ и КТ головного мозга) была выявлена диффузная церебральная атрофия у 18 (78,3%). Полученные данные совпадают с описанными в литературе [1;2;4].

Из соматических проявлений часто наблюдалась гипертермия, тахикардия и расстройства гемодинамики в виде артериальной гипертензии и напротив гипотонии, тахипное. Также частым проявлением расстройств гомеостаза были водно-электролитные нарушения, прежде всего гипокалиемия. У возрастных больных также имелись грубые нарушения белкового обмена и нутритивного статуса.

В этой связи, интенсивная терапия включала в себя инфузионную терапию кристаллоидами, а при необходимости и коллоидными растворами с учетом водно-электролитной коррекции, витаминотерапию (прежде всего группы В). На ранних этапах подключались ноотропы, антиоксиданты.

Отдельно проведено исследование нутритивного статуса и синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) Материал исследования составил проспективное клиническое наблюдение 37 больных с алкогольной зависимостью, перенесших МД из старшей возрастной группы (60-76 лет). Лабораторные показатели, общий белок и

альбумин оценивали по стандартной методике с помощью биохимического анализатора Vitalab Selectra Junior (Нидерланды), С-реактивный белок определяли латексным агглютационным тестом на слайдах. Повышение содержания С-реактивного белка установлено у 14 больных, что составило 37,8% от общего количества исследуемых. Обратило на себя внимание, что его наличие находилось в прямой зависимости от тяжести состояния больного.

Всем больным было организовано энтеральное зондовое и парэнтеральное питание. Выявленные изменения (гипопротеинемия) продиктовали, с целью восполнения белковых потерь, подключить к основной терапии дополнительное питание энтеральными и парентеральными смесями разрешенных к применению Минздравсоцразвития России. В нашей клинике были апробированы препараты: сухие смеси Nutrison(Nutricia), водорастворимые смеси Фрезубин (Fresenius KABI), Оликлиномель N7-1000E (Baxter), Нутрифлекс 40/80 (Nutriflex 40/80 Braun, Germany).

Кроме того, проводилась симптоматическая терапия по назначениям консультантов (терапевтов, неврологов).

Касаясь исхода заболевания, следует отметить, что удалось избежать летальных исходов. Однако у 3 больных с ДТ развился выраженный неврологический дефицит, в 2 случаях приведший к инвалидизации.

Таким образом, ДТ представляет собой тяжелое «междисциплинарное» заболевание, требующее трудоемкой интенсивной терапии.

Литература.

1. Дамулин И.В. Неврологические расстройства при алкоголизме. /Дамулин И.В., Шмидт Т.Е. // Невролог. журн. –2004. –Т.9, № 2. –С.4–10.
2. Кекелидзе З.И. Тяжелый алкогольный делирий/ Кекелидзе З.И., Земсков А.П., Филимонов Б.А. // РМЖ. 1998. №2. С. 4-10.
3. Менделевич В.Д. Наркология: учебник / В.Д. Менделевич, Ю.П. Сиволап. – Ростов р/Д: Феникс, 2016. – С. 291-307.
4. Николаев В.М. Клинические особенности алкогольных психозов в пожилом (предстарческом) возрасте / В.М. Николаев // Пробл. геронтологии и гериатрии на рубеже XX–XXI веков. – 2000. – С. 56–58.
5. Уваров И.А. Алкогольные психозы (эпидемиология, клиника, течение и лечение) /Уваров И.А., Иванец Н.Н.// Ижевск 2012 с 287.
6. Черенков А.А. Особенности течения delirium tremens у пожилых больных /Черенков А.А., Обухов Н.Г., Васильева С.С.// II Международный конгресс помогающих профессий. Материалы международного конгресса (Уфа 21-23 сентября 2017) М. 2017 С. 75.

УДК 159.944

С. В. Чертоусов

ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У РАБОТНИКОВ МЧСВолгоградский государственный медицинский университет,
кафедра общей и клинической психологииНаучный руководитель: преподаватель кафедры общей и клинической психологии
ВолгГМУ В.С. Куликов

Введение. Количество профессий, связанных с экстремальными условиями труда повсеместно возрастает, соответственно с этим увеличивается численность лиц, постоянно испытывающих воздействие экстремального характера на производстве. Одной из экстремальных видов деятельности является профессия пожарного. В последние годы резко ухудшилась обстановка с пожарами в России [2]. Экстремальные условия деятельности, с которыми сталкивается личный состав пожарных подразделений, с психологической точки зрения, характеризуется сильными психотравмирующими факторами.

Требования к уровню профессиональной пригодности пожарных довольно высокие, в частности, и к их психологическим качествам, потому что эффективность их работы в экстремальных условиях в значительной степени зависит от психологической устойчивости к стрессовым ситуациям [3]. Проблему стресса, стрессоустойчивости исследовали многие отечественные и зарубежные авторы: В.А. Бодров, П.В. Зильберман, В.Л. Маришук, П.В., Я. Рейковский, Г. Селье, Р. Лазарус и др. [1,4,5]. Однако, в настоящее время, несмотря на достаточное количество работ по данной проблеме, нет ясности в понимании сущности стрессоустойчивости, роли психики в ее обеспечении, особенностей проявления в различных ситуациях.

Цель: изучить стрессоустойчивость как комплексное внутриличностное образование у работников пожарной службы.

Материалы и методы. В исследование приняли участие 35 сотрудников пожарной части №25 г. Волгограда (Красноармейский район) в возрасте от 25 до 55 лет. В 1 группу вошли 15 сотрудников со стажем работы 20 лет и более, во 2 группу – 20 человек, со стажем работы менее 20-ти лет. Для исследования внутриличностных компонентов стрессоустойчивости, обследуемых были использованы следующие психодиагностические методики: 1) методика «Прогноз» – для определения нервно-психической устойчивости (НПУ), риска дезадаптации в стрессе (разработка Санкт-Петербургской военно-медицинской академии); 2) Личностный опросник Айзенка (EPI) – для исследования типа темперамента и свойств нервной системы; 3) Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина. Обработка полученных результатов проводилась с помощью статистической программы SPSS.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования по методике «Прогноз» были получены следующие результаты. Большая часть испытуемых (60%) от общего числа демонстрируют высокую НПУ, еще 37 % обладают удовлетворительной НПУ. Только у 3% испытуемых обнаруживается невысокий уровень НПУ. Т. о., можно предположить, что у 60% испытуемых невозможен риск дезадаптации в экстренных ситуациях.

Более подробный анализ результатов исследования показал, что, несмотря на то, что средние результаты уровня НПУ в норме, ответы на вопросы свидетельствуют о переживании стресса в следующих ситуациях: 64% испытуемых испытывают нервное напряжение в ситуациях, когда нужно быстро принять решение и когда их торопят; 42% считают себя нервными, легко возбудимыми людьми; 36% признавались, что раз в неделю или чаще они бывают очень возбуждены и взволнованы (такие ответы свидетельствуют о том, что эти испытуемые неуравновешенны, эмоционально неустойчивы, раздражительны); 25% плохо адаптируются к новым условиям жизни, работы.

Причиной этого также могут быть условия профессиональной деятельности работников пожарной службы, сопровождаемые ситуациями риска, подчинения, в результате которых они не могут осознать и выразить свои переживания, а также осознать причины своих поступков. Высокие показатели уровня НПУ также могут свидетельствовать о неосознаваемости или скрытности негативных переживаний.

Результаты исследования, полученные с помощью Личностного опросника Айзенка, показали следующее. 37% испытуемых принадлежат к холерическому типу темперамента. Их отличает повышенная возбудимость, большая эмоциональность, порывистость, импульсивность. Проявление холерического темперамента в значительной мере зависит от направленности личности. Людей с общественными интересами отличает инициативность, энергичность, принципиальность. Там, где нет богатства духовной жизни, наблюдаются раздражительность, аффективность. Еще 26% относятся к сангвиникам. Их можно охарактеризовать как общительных, быстро приспосабливающихся к новым условиям, обладающих подвижной выразительной мимикой. 23% испытуемых – меланхолики, особенностью которых является то, что часто их реакция часто не соответствует силе раздражителя. Им трудно долго на чем-либо сосредоточиться. Сильные воздействия часто вызывают продолжительную тормозную реакцию.

В нормальных условиях жизни человек этого типа темперамента – глубокий, содержательный; при неблагоприятных условиях – может превратиться в замкнутого, боязливого, тревожного человека. 14% испытуемых можно охарактеризовать как флегматиков. Они спокойны, редко «выходят из себя», не склонны к аффектам. В зависимости от условий в одних случаях могут возникнуть положительные черты (выдержка, глубина мыслей и т.д.); в других – вялость и безучастность к окружающему, лень и безразличие. Таким образом, для роли работника пожарной службы наиболее предпочтительны такие типы темперамента, как холерик и сангвиник, т.к. они обладают сильной нервной системой, которая необходима для работы в экстремальных условиях.

Результаты исследования, полученные по «Шкале оценки уровня личностной тревожности» (ЛТ), показали следующее. Большинство испытуемых (66%) обнаруживает у себя средний уровень ЛТ, что, судя по всему, обусловлено тем, что состав пожарных подразделений часто сталкивается с сильными психотравмирующими факторами. 26% работников обладают низким уровнем ЛТ, в связи с этим, можно предполагать у этих сотрудников высокую стрессоустойчивость и эмоциональную стабильность. Однако, иногда очень низкая тревожность в показателях теста является

результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете». Подобное «чрезмерное спокойствие» может носить компенсаторный, защитный характер. 8% испытуемых показали высокий уровень ЛТ, а это значит, что они имеют склонность к появлению состояний тревоги, особенно в ситуациях, сопряженных с риском, которые характерны для их профессиональной деятельности. Т. о., большинство испытуемых (более 90 %) имеют средние и низкие показатели ЛТ, что может носить компенсаторный характер.

Учитывая средние и высокие показатели НПУ большинства испытуемых, можно предположить, что они склонны отрицать проявления тревоги в сложных ситуациях, не допуская в сознание неудачный жизненный опыт.

При сравнительном анализе 2-х групп по данным методикам было выявлено, что первая группа по сравнению со второй имеет высокие показатели НПУ и более низкие показатели по уровню ЛТ ($p < 0,05$). Это значит, что более опытные сотрудники МЧС реагируют на экстремальные ситуации с меньшей степенью тревоги. Т. о., сотрудники МЧС с большим стажем работы чувствуют себя в экстремальных ситуациях гораздо лучше, чем их коллеги с меньшим стажем, что указывает на рост личностного адаптационного потенциала при осуществлении профессиональной деятельности в условиях производства, отличающегося значительной долей стрессогенности.

Анализ полученных данных позволяет выстроить личностный профиль работника пожарной службы: холерик или сангвиник, с высокой НПУ и средне выраженной тревогой.

Выводы. Психологический анализ стрессоустойчивости работников пожарной службы позволяет сделать выводы, что у большинства работников наблюдается средний и высокий уровень НПУ, что свидетельствует об отсутствии у них склонности переживать стресс в ситуациях ожидания и высокой скорости принятия решения.

Исследование компонентов стрессоустойчивости показало, что большинство испытуемых обладают холерическим и сангвиническим типами темпераментов, т.к. особенности нервной системы того и другого типа наиболее эффективны для работы в экстремальных ситуациях, сопровождающих работу пожарного.

Также большинству сотрудников пожарной службы присущи низкий и средний уровни ЛТ. При этом низкие значения могут свидетельствовать о замаскированной форме тревожности, о компенсаторной (защитной) реакции отрицания проблем, страхов в эмоциональных ситуациях.

Причиной такой эмоциональной закрытости работников может являться стремление выглядеть уравновешенным, сильным и благополучным. Наконец, опытные сотрудники МЧС, со стажем работы свыше 20 лет, имеют более высокие показатели НПУ и более низкие показатели по уровню ЛТ по сравнению с их менее опытными коллегами.

Литература.

1. Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: – 2006. – 528 с.
2. Власенко, Н. Ю., Бодурова, Д. Ф., Макарова, И.И. Психофизиологические предикторы личностного адаптационного потенциала у пожарных на начальном этапе

профессионализации / Н. Ю. Власенко, Д.Ф. Бодурова, И.И. Макарова // Экология человека. – 2015. – №3. – С. 52-57.

3. Гамзатова, Х.К., Рабаданова, А.И., Гайдарова Ш.М. Влияние профессиональной деятельности на стрессоустойчивость организма человека / Х.К. Гамзатова, А.И. Рабаданова, Ш.М. Гайдарова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №6. – С. 247-251.

4. Маришук, В.Л., Евдокимов, В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб.: изд-во Сентябрь. – 2001. – 260 с.

5. Селье, Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, – 1982. – 244 с.

УДК 159.95

Н. А. Чеченкова, В. В. Болучевская

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В современном мире изучение проблемы эпилепсии занимает одно из центральных мест, как в практической, так и в научной деятельности клинического психолога. В большинстве случаев дебют этого заболевания приходится на период детства, который является основополагающим для дальнейшего развития человека. Пароксизмы в детском возрасте страшны тем, что они не только часты, но и интенсивней, чем у других категорий больных, что в свою очередь приводит к вторичным изменениям со стороны психической деятельности ребенка.

Во многих научных исследованиях по изучению когнитивных функций у детей с эпилепсией нет разделения между идиопатической формой, которая предопределяется наследственностью, и симптоматической, развивающейся из-за нарушений структур головного мозга, а также повреждения серого и белого вещества в результате инсульта, черепно-мозговых травм, инфекций, опухолей. Разделение этих двух форм эпилепсий необходимо знать и понимать практикующим клиническим психологам для правильной диагностики, которая в дальнейшем может помочь медицинскому персоналу разработать план лечения для данной конкретной формы заболевания. Важно это понимание и для составления и проведения программы психологической коррекции, которая для категории больных детей доброкачественной идиопатической эпилепсией может быть достаточно эффективной и привести к сохранению или восстановлению нарушенных высших психических функций.

Целью данного исследования было выявить состояние памяти и внимания у детей с идиопатической формой эпилепсией.

В исследовании приняли участие 20 детей в возрасте 10 – 12 лет. Из них 14 девочек и 6 мальчиков.

Материалы и методы. Для исследования памяти использовались методики «Образная память», «10 слов по Лурия», «Почувствуй и запомни позу»; для исследования внимания – «Таблицы Шульце», «Коррективная проба Бурдона».

Результаты и обсуждение. При изучении образной памяти использовалась методика «Память на образы» [3], в ходе проведения которой было выявлено, что у 80% детей (16 человек) образная память находится в рамках нормального развития, и

только у 20% (4 ребенка) наблюдались низкие значения, характеризующие снижение возможности запоминать образы предметов.

Слуховая память исследовалась при помощи методики «10 слов по Лурия» [2]. Детям было необходимо запомнить, как можно больше слов, после чего были выполнены другие задания, а через 40 минут они должны были повторить заученные слова. Для удобства считалось, что 9-10 слов – высокие значения, 7-8 слов – средние значения, 0-6 слов – низкие значения. Таким образом, было выявлено, что 9 детей (45%) набрали низкие значения по слухоречевой памяти, при этом из них 5 детей смогли назвать 5 слов, двое – 4 слова, двое – 3 слова. Характерно, что девочки (7 человек) более эмоционально реагировали на результат, чем мальчики (2 ребенка), что сопровождалось резко сниженным настроением, желанием повторить методику, более низкой мотивацией к выполнению следующих заданий.

7-8 слов были воспроизведены 7 детьми (35%), из них 2 мальчика и 5 девочек, а высокие значения показали 4 ребенка с эпилепсией (20%). Это означает, что кратковременная слухоречевая память находится на нормальном уровне развития и непосредственное запоминание не нарушено.

Через 40 минут даже те обследуемые, которые сразу после прочтения называли 9-10 слов, после 40 минут не смогли воспроизвести данный результат. Большинство детей запоминало до 6 слов 85 % (17 детей), что свидетельствует о снижении долговременной памяти, и только в 15 % случаев дети воспроизвели 7-8 слов. Это говорит о том, что удержание запоминаемого материала у данных детей не снижено.

Изучение двигательной памяти осуществлялось при помощи методики «Почувствуй и запомни позу» [1], где были предложены последовательно 3 позы, которые должны были воспроизвестись детьми в такой же последовательности. В результате проведения данной методики было выявлено, что все дети с идиопатической эпилепсией смогли правильно воспроизвести все позы, что свидетельствует о том, что двигательная память является данной категории больных сохранной. Исходя из полученных результатов, можно говорить о том, что для детей с идиопатической формой эпилепсии характерны нарушения слуховой памяти, незначительные расстройства образной и сохранность двигательной мнестической функции.

Внимание изучалось с помощью методик «Корректирующая проба Бурдона» и «Таблицы Шульте» [2]. В результате первой методики было выявлено, что ни у одного обследуемого с эпилепсией не были выявлены высокие показатели внимания, при этом чуть выше среднего были обнаружены у 1 ребенка (5%), средняя устойчивость у 3 детей (15%). Результаты ниже среднего встретились у 8 детей с эпилепсией (40%) и у 8 обследуемых – низкая устойчивость внимания. Данные показатели были получены по формуле $A = B + C$, где B и C – балльные оценки продуктивности (количество просмотренных букв за 10 минут) и точности (количество правильно вычеркнутых букв). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей с идиопатической формой эпилепсии наблюдаются нарушения устойчивости внимания, характеризующиеся снижением длительности поддержания внимания на объекте.

Для выявления способности к концентрации внимания была использована методика «Таблицы Шульте», в ходе осуществления которой было выявлено, что у 12 детей (60%) нарушена концентрация внимания, характеризующаяся повышением

длительности времени, затрачивающимся на одну таблицу. 8 детей (40%) показали нормативный результат (40-50 с.), что свидетельствует о достаточной концентрации внимания. Полученные в ходе исследования результаты представлены на рис. 5.

Таким образом, можно говорить о том, что нарушение концентрации внимания не является для детей с идиопатической формой эпилепсии признаком, который определяет специфику данного заболевания, в то время как расстройство устойчивости внимания характерно для большинства детей, страдающих подобной нозологической формой болезни.

Выводы. Исходя из результатов проведенного исследования, можно говорить о том, что для детей с идиопатической формой эпилепсии характерны расстройства долговременной слуховой памяти и устойчивости внимания, в то время как образная, двигательная память и концентрация внимания находятся на нормальном уровне развития.

Литература.

1. Семенович А.В. Нейropsychологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. – М.: Генезис, 2015. – 474 с.
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. – М.: Психотерапия, 2010. – 224 с.
3. Соломин В.П., Шатровой О.В. Психологическая безопасность: Учебное пособие. – М.: Дрофа. – 2008. – 228 с.

УДК 615.851:616-002.5

С. А. Юдин, В. В. Деларю

ОКАЗАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ФТИЗИАТРИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВОЛГОГРАДСКОМ РЕГИОНЕ)

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава
России, кафедра общей и клинической психологии

Введение. В настоящее время общепризнанна целесообразность оказания психотерапевтической помощи не только при психосоматических заболеваниях, но и при большинстве болезненных состояний / нозологий различного генеза [1-5]. В тоже время в специальной литературе отмечается, что при всей её востребованности, она реализуется в крайне ограниченном объеме вследствие недостаточной информированности населения относительно психотерапии и деятельности врачей-психотерапевтов с неготовностью платить за неё даже вполне доступные суммы; пассивностью из-за многочисленных причин организационно-экономического и ментального характера специалистов первичного звена здравоохранения и соответствующим прогнозом о том, что «перспектива дальнейшего развития психотерапии с более широким внедрением её в практику здравоохранения в ближайшие годы представляется маловероятной» [6, с.54]. В данном контексте актуальной является изучение мнения врачей и пациентов об оказании психотерапевтической помощи при таком социальном значимом заболевании как туберкулез.

Цель: эксплицировать позиции врачей и пациентов об оказании психотерапевтической помощи во фтизиатрии.

Материалы и методы. В ходе комплексного изучения реабилитационного процесса во фтизиатрии в Волгоградском регионе с учётом принятых в социологии медицины требований [7] было проведено анкетирование 584 пациентов с туберкулёзом, 92 фтизиатров и 144 терапевтов муниципальных районных поликлиник. Среди пациентов в возрасте до 60 лет было 505 человек (86,5%), старше - 79 (13,5%); мужчин было 434 (74,3%), женщин - 150 (25,7%); группа инвалидности была установлена 192 пациентам (32,1%): I-я - 11 (1,9%), II - 161 (27,6%), III - 20 (3,4%); 392 пациента (67,1%) не имели группы инвалидности. Среди врачей со стажем работы менее 10-ти лет был 61 человек (25,8%); 10 и более лет - 175 (74,2%).

Результаты и обсуждение. Среди пациентов о том, что в связи с заболеванием туберкулёзом они нуждаются / нуждались в психотерапевтической помощи высказались 30,1% человек; 59,1% отрицали личную потребность в ней и остальные 10,8% затруднились ответить, т.е. можно отметить не сформированность у большинства пациентов установок на её получение. То, что они реально когда-либо получали психотерапевтическую помощь отметили 17,3% пациентов; соответственно, подавляющее большинство (82,7%) никогда её не получали.

Среди тех пациентов кто получил психотерапевтическую помощь, пациентов в возрасте старше 60 лет было 32,9%, а моложе 60 лет 14,9% соответственно ($p < 0,001$). Высшее образование имели 24,4%, а среднее 16,3% опрошенных ($p < 0,001$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного фактора не выявлено ($p > 0,05$). Указали в своих ответах, что данного вида специализированной помощи не получали чаще пациенты моложе 60 лет (в 85,1% случаев), а старше 60 лет в 67,1% ($p < 0,001$), при этом большинство имело среднее образование (в 83,9%), а высшее - в 75,6% ($p < 0,001$). Достоверного влияния на данный показатель гендерного фактора не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, реальную психотерапевтическую помощь получали достоверно чаще пациенты в возрасте старше 60 лет, имевшие высшее образование, вне зависимости от половой принадлежности, а о том, что никакой помощи не получали чаще говорили пациенты моложе 60 лет со средним образованием, так же вне зависимости от половой принадлежности. Необходимо отметить, что заявляли о её необходимости достоверно чаще женщины, а отказывались достоверно чаще мужчины ($p < 0,05$), но при реальном получении или не получении её, гендерный фактор достоверного влияния не оказывал.

Позиция врачей была следующей. 42,8% (56,5% врачей-фтизиатров и 34,0% терапевтов общесоматической сети) высказали мнение, что в психотерапевтической помощи нуждаются практически все пациенты с туберкулёзом; 25,8% (18,5% и 30,5% соответственно) - что около половины пациентов данного профиля; 15,7% (13,0% и 17,4%) - что 20-30%; 7,2% (8,7% и 6,3%) - что лишь отдельные пациенты и 8,5% специалистов (3,3% и 11,8%) затруднились ответить на данный вопрос. Однако всего 6,4% (2,2% среди врачей-фтизиатров и 9,0% среди терапевтов) ответили, что данный вид помощи получают / получали практически все пациенты с туберкулёзом; 3,0% (2,2% и 3,5% соответственно) - что примерно половина пациентов; 2,1% (2,2% и 2,1%) - что 20-30% пациентов; 60,2% (70,6% и 53,4%) - что среди их пациентов никто её не

получал или получали единицы; еще 28,3% врачей (22,8% и 32,0%) затруднились ответить.

Выводы. В целом, основным выводом из проведённого исследования представляется то, что, несмотря на несомненную востребованность психотерапевтической помощи во фтизиатрии, она оказывается профильным пациентам явно в недостаточном объёме, что отрицательно сказывается на результатах лечебно-реабилитационного процесса. Очевидно, что ограниченность её оказания обусловлена не только отмеченными ранее «общими» проблемами, но и «специфическими» (в частности, негативным настроем врачей-психотерапевтов к работе с больными туберкулёзом людьми, как к работе с исключительно асоциальным контингентом и высоким риском личного заражения данной патологией).

Также на частном примере (фтизиатрии) подтверждается мнение о маловероятности широкого внедрения психотерапии в практику здравоохранения в ближайшие годы; при этом каких-либо объективных факторов / предпосылок для принципиального изменения ситуации, даже при социально значимых заболеваниях не видится.

Литература.

1. Аверин Е.Е., Лопатин Ю.М., Деларю В.В. Реабилитация кардиохирургических больных в России: медицинские, социальные, психологические и правовые аспекты // Журнал Сердечная Недостаточность. - 2012. - Том 13. - № 1 (69). - С.40-45.
2. Волчанский М.Е., Деларю В.В., Болучевская В.В. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2012. - Вып.2 (42). - С.3-5.
3. Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Ю.С. Шевченко. - М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. - 504 с.
4. Психотерапия: Учебник для вузов / Под ред Б.Д. Карвасарского. - 4-е изд. - СПб: Питер СПб, 2012. - 672 с.
5. Шкодик П.Е., Клаучек С.В., Деларю В.В. Хемофобия. - М: ИГЕМ РАН, 1997. - 89 с.
6. Деларю В.В., Горбунов А.А. Анкетирование населения, специалистов первичного звена здравоохранения и врачей-психотерапевтов: какой вывод можно сделать о перспективах психотерапии в России? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. - 2011. - № 3. - С.52-55.
7. Хвастунова Е.П., Юдин С.А., Вершинин Е.Г., Деларю В.В. Компаративный анализ позиций заинтересованных социальных групп как современное требование социологии медицины // Врач-аспирант. - 2014. - № 2.1 (63). - С.168-172.

СОДЕРЖАНИЕ

Альбицкая Ж. В., Панышева И. А. ОСОБЕННОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО ФОНА У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ	3
Антоненко А. П., Гришина Е. А., Рыжикова К. А., Савченко Л. Д., Брюн Е.А., Сычев Д. А. СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА AVSВ1 3435С>Т С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ ФЕНАЗЕПАМА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	4
Бабура Е. В. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУММАНИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХИАТРИИ, СТРАТЕГИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	6
Бахшалиева А. М., Жидкова А. А. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	14
Бляхер К. В., Прохорова А. А. ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ К ИХ УЧАСТИЮ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	17
Бондаренко А. Д., Туровская Н. Г. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АЛЕКСИТИМИИ	19
Борисенко В. В., Стоянова Е. И. ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ	21
Брюхин А. Е., Овчинникова О. Н., Алтухова Н. Ю., Линева Т. Ю., Оконишникова Е. В. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	24
Бутчинова Д. Т. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	27
Горнушенков И. Д., Плужников И. В. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА РОРШАХА КАК ИНСТРУМЕНТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	29
Дьяконов С. Е. ИССЛЕДОВАНИЕ ИГРОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ	31
Дьяченко А. В., Бухановская О. А., Перехов А. Я. КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ «СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ» ГЕНДЕРНОЙ ДИСФОРМИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	34

Ефремова М. Д. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД	37
Жидкова А. А., Болучевская В. В. ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	40
Закураева К. А. ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ МВД	42
Закураева К. А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ ЛИЧНОСТИ С АТИВАЦИЕЙ И МОТИВАЦИЕЙ СОТРУДНИКОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ	45
Захарова Н. М. ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ НА СТРЕСС ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	48
Зуб А. В., Петрова К. Г., Саргсян С. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НА ПРИМЕРЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА	51
Ирмухамедов Т. Б. ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	53
Косенко В. Г., Красильников Г. Т., Шулькин Л. М., Агеев М. И., Фарафонов С. А., Косенко Н. А., Гридина Ю. В., Захарова-Макагон Я. А. НЕВРОЗОПОДОБНЫЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ФУНКЦИОНАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКИЙ КОНТИНУУМ	55
Литвин А. В., Павлов В. К., Моргунов В. В. ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО	58
Мелёхин А. И. МЕТАКОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (METACOGNITIVE THERAPY) ХРОНИЧЕСКОЙ БЕССОННИЦЫ	60
Мелёхин А. И. ИЗМЕНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНОМ ПОЗНАНИИ КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР ТЕЧЕНИЯ СТАРЕНИЯ	63
Меркулова В. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ	67
Митихин В. Г. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КОМПЛЕКСА В ПСИХИАТРИИ	70
Мухамедов Г. Т., Джаватханова Р. И., Мухамедова И. Н. ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАСТИЧЕСКОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ	73
Омельченко М. А., Румянцев А. О. ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА МАНИФЕСТАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ	76

Перехов А. Я. СОМАТИЧЕСКОЕ, ДУШЕВНОЕ, ДУХОВНОЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ	79
Расторгуева И. С. СОБСТВЕННАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ДЛЯ СНЯТИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	83
Розочкин И. Н., Гришина Е. А., Савченко Л. Д., Брюн Е. А., Сычев Д. А. СВЯЗЬ ПРОФИЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ МИРТАЗАПИНА С ПОЛОМ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	94
Савицкая Т. А. ИЗУЧЕНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ – НЕУСТОЙЧИВОСТИ У СОТРУДНИКОВ ОВД НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛА ПОЛИЦИИ МО МВД «ЕМЕЛЬЯНОВСКИЙ»	95
Савченко С. Н., Башилова Е. В. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ КОМФОРТНОЙ СРЕДЫ ВУЗА	99
Салтаева В. В., Туровская Н. Г. К ВОПРОСУ О НАРУШЕНИЯХ МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ	101
Скупова Т. В. СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА	104
Сластухина М. С. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ИМЕЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЮ	106
Сластухина М. С., Дьяконов С. Е. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ БУЛЛИНГУ	109
Соколов Е. Ю., Фомин А. А., Жовнерчук И. Ю. ЭНЕРГОСБЕРЕЖЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРИЗИСНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	111
Солдаткин В. А., Мрыхина В. В. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОИСХОЖДЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ	113
Старикова И. В., Радышевская Т. Н. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ САМООЦЕНКИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	119
Сыченко Ю. Ю., Болучевская В. В. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА	122
Туровская Н. Г., Туровская О. Д. НАРРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БУДУЩЕМ ПОДРОСТКОВ С НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	124
Туровская Н. Г. К ВОПРОСУ О ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С АФФЕКТИВНО- РЕСПИРАТОРНЫМИ ПРИСТУПАМИ	126

Туровская Н. Г. МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В ПРОЦЕССЕ МОТИВИРОВАНИЯ НА РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	129
Туровская Н. Г., Воронкова А. А., Курушкина В. А. ФОНОВАЯ ЭЭГ ДЕЗОРГАНИЗОВАННОГО ТИПА И ПАТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	131
Туровская Н. Г. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ В АНАМНЕЗЕ	133
Цидик Л. И. МОДЕЛИРОВАНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ РАША	136
Черенков А. А., Обухов Н. Г., Гуреев С. С. Г. А. DELIRIUM TREMENS У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ	139
Чертоусов С. В. ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У РАБОТНИКОВ МЧС	142
Чеченкова Н. А., Болучевская В. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ	145
Юдин С. А., Деларю В. В. ОКАЗАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВО ФТИЗИАТРИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ВОЛГОГРАДСКОМ РЕГИОНЕ)	147

Научное издание

**IV Межрегиональная научно-практическая конференция для специалистов,
работающих в сфере охраны психического здоровья
«Психиатрия на этапе объединения»**

Волгоград, 24-25 мая 2018 г.

Отпечатано в авторской редакции

Напечатано с готового оригинал-макета
Директор Издательства ВолгГМУ *Л. К. Кожевников*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07. от 11.12.2007 г.

Подписано в печать 05.10.2018. Формат 60-84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 9,07.
Уч.-изд. л. 10,69. Тираж 100 экз. Заказ № 270

Волгоградский государственный медицинский университет,
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1
Издательство ВолгГМУ,
400006 Волгоград, ул. Дзержинского, 45