

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ САМОДИСТАНЦИРОВАНИЯ НА ЖИЗНЕСТОЙКИЕ ДИСПОЗИЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И В НОРМЕ

Филипович В. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Самодистанцирование – способность сознания, обеспечивает «поднятие над» задачей. Задача, стоящая перед личностью в сложной жизненной ситуации, может пониматься как вызов, когда невозможно «ускользнуть от мира незамеченным» [2]. При неврозах способность отвечать на жизненные вызовы снижена. Сравнительный анализ детерминационных отношений самодистанцирования и жизнестойких диспозиций при неврозах и в норме позволит обнаружить особенности диалогических структур личностной динамики при невротическом способе ее организации.

Цель. Изучить детерминационные отношения уровня самодистанцирования и жизнестойких диспозиций личности при невротических расстройствах и в норме.

Методы исследования. Основная группа (ОГ): пациенты с диагностированными расстройствами невротического спектра (N=51) отделения пограничных состояний учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-Наркология». Группа сравнения (ГС): лица, не имеющие диагностированной психопатологии (N=46). Методики: 1) «Шкала экзистенции» А. Лэнгле и К. Орглер [3], 2) «Тест жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой [1].

Результаты и их обсуждение. В ОГ выделены 2 кластера (метод k-средних): испытуемые с низким уровнем самодистанцирования ($\bar{x}(\text{cp})=22,185$, $\sigma=4,844$, 27 человек), с высоким уровнем (34,125; 3,288; 24). Однофакторный дисперсионный анализ выявил влияние «кластера самодистанцирования» на «вовлеченность» ($F=7,114$, $p=0,01$). Высокий уровень самодистанцирования в ОГ предполагает большую вовлеченность в происходящее в жизни, не предполагает увеличение «контроля» и «принятия риска».

Для ГС выделены 2 кластера выраженности самодистанцирования: низкая (28,708; 3,432; 24), высокая (38,182; 3,217; 22). Детерминационное взаимодействие обнаружено для переменных «кластер самодистанцирования» и каждой из диспозиций жизнестойкости: «вовлеченность» ($F=9,668$, $p=0,003$), «контроль» ($F=5,481$, $p=0,024$), «принятие риска» ($F=5,764$, $p=0,021$).

Выводы. При невротической структуре личностной динамики самодистанцирование приводит к пониманию того, что значимо для «я». Вместе с тем авторство «я» не увеличивается, «я» не дистанцируется от характеристик активности «я». Внутренняя диалогическая позиция «я» – жизнь» не возникает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
2. Лэнгле, А. Персональный экзистенциальный анализ / А. Лэнгле // Psihologija individual'nosti. Novye modeli i koncepcii [Electronic resource] / ed. E.B. Starovoitenko, W.D. Schadrikova. – Moskva: NOU VPO Moskovskij psihologo-sozialnyj institut, 2009. – S. 356–382. – Mode of access: http://längle.com/downloads/PEA_Russian.pdf. Date of access: 01.12.2022.
3. Майнина, И.Н. Стандартизация опросника «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орглер / И.Н. Майнина, А.Ю. Васанов // Психологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 87–99.

НЕФРОТИЧЕСКИЕ МАСКИ МИЕЛОМЫ БЕНС-ДЖОНСА

Фиясь А. Т.¹, Василевская Н. В.², Пищик Е. Ф.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Актуальность. В статье содержатся данные по особенностям клинической картины и динамики множественной миеломы типа Бенс-Джонса.

Цель. Уточнить особенности обследования пациентов с высоким уровнем протеинурии для уточнения генеза нефротического синдрома.

Методы исследования. Определение объема необходимого обследования при подозрении на наличие миеломы Бенс-Джонса.

Результаты и их обсуждение. Причиной почечной недостаточности при множественной миеломе (ММ) является повреждение различных структур нефрона секретлируемым иммуноглобулином или его фрагментами – легкими цепями (ЛЦ). Болезнь ЛЦ (миелома Бенс-Джонса) – агрессивный вариант ММ с синтезом только ЛЦ каппа или лямбда. При ММ может наблюдаться чрезмерно высокая концентрация ЛЦ (белка Бенс-Джонса) в клубочковом фильтрате, что приводит к дальнейшему повышению концентрации свободных ЛЦ в просвете канальцев и повреждению почек [1, 2].

Приводим наше наблюдение случая миеломы Бенс-Джонса.

Пациент Ж., 57 лет, поступил в отд. урологии Гродненской университетской клиники 13.10.2021 г. с подозрением на нефротический синдром с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, одышку, сухость во рту. Ухудшение самочувствия около года. В анамнезе – подагра.

Объективные данные со стороны внутренних органов без особенностей.

Ан. крови 18.10.: Нв 106 г/л, Эр. $3,9 \times 10^{12}$ /л, л. $11,2 \times 10^9$ /л, тр. $341,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 16 мм/час. Диурез 0,68 мл/мин, креатинин мочи 9,04 г/л, СКФ 18,8 мл/мин., канальцевая реабсорбция 96,7%; протеинурия 506,8 мг/сутки.