

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Медико-психологический факультет

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ,
ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Сборник материалов
областного научно-практического семинара,
посвященного 25-летию медико-психологического факультета
Гродненского государственного медицинского университета
18 мая 2018 года*

Гродно
ГрГМУ
2018

УДК 616.89-07-08-036.82]:005.745(06)

ББК 56.14я431

А 437

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 7 от 27.04.2018)

Редакционная

коллегия:

ректор ГрГМУ, д-р мед. наук, проф. В. А. Снежицкий; первый проректор ГрГМУ, доц. В. В. Воробьев; проректор по научной работе ГрГМУ; д-р мед. наук проф. С.Б. Вольф; декан медико-психологического факультета, д-р мед. наук, проф. Т. М. Шамова, зав. каф. мед. психологии и психотерапии, доц. М. А. Ассанович (отв. ред.).

Рецензенты: зав. каф. психиатрии и наркологии, канд. мед. наук, доц. В. А. Карпюк; проф. каф. медицинской психологии и психотерапии, д-р мед. наук, проф. Е.Г. Королева.

А437 **Актуальные** проблемы диагностики, лечения, реабилитации психических расстройств и неврологических заболеваний [Электронный ресурс] : сборник материалов областного научно-практического семинара, посвященного 25-летию медико-психологического факультета Гродненского государственного медицинского университета, 18 мая 2018 г. / [редкол.: М. А. Ассанович (отв. ред.) и др.]. – Электрон. текст. дан. (объем 3 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2018. – 1эл. опт. диск (CD-ROM) – Систем. требования: IBM - совместимый компьютер; Windows XP и выше; необходимая программа для работы Adobe Reader; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 16-х и выше. – Загл. с этикетки диска.

ISBN 978-985-558-972-4.

Сборник содержит материалы о последних разработках в области клинической психологии, психиатрии, психотерапии, неврологии.

Ответственность за содержание материалов в сборнике несут авторы.

УДК 616.89-07-08-036.82]:005.745(06)

ББК 56.14я431

ISBN 978-985-558-972-4

© ГрГМУ, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Авдей Г.М...... 7

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Авдей Г.М. 9

ОЦЕНКА ВАЛИДНОСТИ ОПРОСНИКА БОЛЬШОЙ ПЯТЕРКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КЛИНИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ассанович М.А. 12

ОЦЕНКА КОНВЕРГЕНТНОЙ ВАЛИДНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ ММРІ

Ассанович М.А...... 17

ОЦЕНКА КОНВЕРГЕНТНОЙ И ДИВЕРГЕНТНОЙ ВАЛИДНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ ГАМИЛЬТОНА

Ассанович М.А...... 20

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА ФАГЕРСТРЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ассанович М.В., Седушкина В.В...... 25

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Бизюкевич С.В...... 26

ВЗАИМОПОСЕЩЕНИЕ ЗАНЯТИЙ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Бойко С.Л., Гаджиева Ф.Г., Колышко А.М., Спасюк Т.И. 29

СТРУКТУРА ПРИЧИН НЕГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ: МЕСТО ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бойко С.Л., Спасюк Т.И., Флюрик С.В., Соловьев А.В., Лелявко И.А., Александрович Д.А...... 33

ВЛИЯНИЕ ЗЕРКАЛЬНОЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ И КИСТЕВОЙ ГИМНАСТИКИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КИСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Бут-Гусайм В.В., Ярош А.С., Пирогова Л.А. 37

НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1995-2014 ГОДЫ

Виницкая А.Г., Лелевич В.В., Лелевич С.В. 41

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАЧАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ – У ПСИХОТЕРАПЕВТА

Водоевич В.П., Жмакина Е.А., Ларионова И.Н., Пашковский А.Р. 44

ОСОБЕННОСТИ ТИПОВОГО СЕМЕЙНОГО СОСТОЯНИЯ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ	
Воронко Е.В., Волохова А.А.	49
ТРЕВОЖНОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК ИНДИКАТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕЗДОРОВЬЯ	
Воронко Е.В.	51
ТОЛЕРАНТНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ДИСТАНЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ	
Воронко Е.В., Юшкевич И.А.	56
ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВРОЗОВ	
Геращенко А. Л., Королева Е.Г.	59
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	
Глебко О.П. Кралько А.А.	63
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРАХОВ У РАЗНОПОЛЫХ ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ	
Глинская М.А., Гребень С.А.	68
АТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ РЕЦИДИВНО- РЕМИССИОННОМ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Гордеев Я.Я., Бойко Д.В., Шамова Т.М., Лебейко Т.Я. Лебейко А.И.	70
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ	
Гутько А.Г., Шагун Е.Г., Глухенькая А.С.	74
ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ «АССОЦИАТИВНО- СЛОВЕСНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ» ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	
Демянова Л.В.	77
СИМПТОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
Джулай П.К., Жигар А.М.	82
КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ШИЗОТИПИЧЕСКИХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ	
Докукина Т.В., Гилеп А.А., Голубева Т.С., Махров М.В., Гайдукевич И.В.	84
ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	
Жигар А.М.	88
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛЫ ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ	
Зубко А.С., Голотин В.В., Цидик Л.И.	91
ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА	
Карпович О.А.	95

**СВЯЗЬ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ НАПОЛНЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СО СТЕПЕНЬЮ
ВЫРАЖЕННОСТИ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ**

Кевляк-Домбровская Л.Э., Бозырь С.Р. 98
**РОЛЬ ВОЛОНТЕРОВ В АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПСИХОХРОНИКОВ В ДОМЕ-
ИНТЕРНАТЕ «МУРОВАНКА»**

Королева Е.Г. 102
**ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ В СВЯЗИ С
ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Вакульчик И.С. 106
**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С
УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ: АНАЛИЗ СИТУАЦИИ И
ТЕНДЕНЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Кралько А.А., Короткевич Т.В. 110
**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ
ПСИХОЛОГИИ**

Кузмицкая Ю.Л., Бойко С.Л. 114
**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛИЗАЦИИ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ
ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Кузмицкая Ю.Л. 118
**КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ**

Кузнецова Д.С., Янковская А.Г. 121
ОПЫТ ТЕРАПИИ БОЛИ В СПИНЕ ПРЕПАРАТОМ ДЕКСАЛГИН

Лебейко Т.Я., Лебейко А.И. 123
**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕССЕ
ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ**

Левкова М.А. 127
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В
СТАЦИОНАР ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ**

Лемешевская З.П., Варнакова Г.М. 130
**КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В
ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В СВЯЗИ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ**

Лещинская А.Н., Ольховка А.А. 133
**ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Лещинская А.Н. 136
**ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛ МОДЕЛИРУЕМОЙ
МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ**

Луговская А.А., Рудаков И.И. 138
**РОЛЬ ПСИХОКОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ
МЯГКИХ ТКАНЕЙ**

Ославский А.И., Шамигулова В.И., Манишко Ю.О., Головня В.И. 143

**ВЛИЯНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ТЕЧЕНИЕ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Петрова И.М., Антонова Л.С. 146

**ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ
ОТДЕЛЕНИИ**

Поплавская Э.Э., Балла Е.А., Солодовникова М.И., Черник В.Ю. 149

ДВАДЦАТЬ ПЯТЬ ШАГОВ ОТ САЕНТОЛОГИИ К НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Прудило А.В. 153

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ ПОЖИЛЫХ
ЛЮДЕЙ К УСКОРЕННОМУ ТЕМПУ СТАРЕНИЯ**

Сапроненков Г.С., Солоднева Д.А. 157

**АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С
НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ ВНУТРИМОЗГОВЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ**

Тименова С.В., Кулеш С.Д. 161

**НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКОМ
ВНУТРИМОЗГОВОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ**

Тименова С.В., Кулеш С.Д. 164

**ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ: ОБЗОР
ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАТЕГИЙ И ИНСТРУМЕНТОВ**

Томашик Т.Е. 167

**ОБРАЗ ПАЦИЕНТА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

Филипович В.И., Шолохова В.Д. 172

**АНАЛИЗ КОНСТРУКТИВНОЙ ВАЛИДНОСТИ И НАДЁЖНОСТИ ШКАЛЫ ТРЕВОЖНЫХ
ПЕРЕЖИВАНИЙ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ
РАССТРОЙСТВ**

Цидик Л.И. 176

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКАЛЫ СОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ
ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Цидик Л.И. 179

**ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ
У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Швед Ж. З., Авдитовский В. В., Гирдюк В. П. 184

**УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА
ГЕМОДИАЛИЗЕ**

Ярош А.С., Кондричина Д.Д. 186

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Авдей Г.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Жалобы на утомляемость и слабость встречаются в практике врачей всех специальностей. Почти каждый пятый пациент, обратившись за медицинской помощью, жалуется на продолжительную усталость [4]. Около 80% пациентов на амбулаторном неврологическом приеме жалуются на снижение работоспособности, быструю утомляемость, переутомление [1].

Однако существуют дифференциально-диагностические различия между астенией и состоянием усталости [3]. Усталость – физиологическое состояние, возникающее при адекватной физической или интеллектуальной нагрузке, проходящее после полноценного отдыха и не требующее специфического лечения [4]. Астения – патологическое состояние, возникающее при минимальных физических и интеллектуальных нагрузках, не проходящее после полноценного отдыха и требующее лечения. Астения – следствие неправильного использования энергетических ресурсов [4]. Астения значительно снижает качество жизни пациентов, приводя к стойкой и выраженной дезадаптации [3]. Тем не менее пациенты часто принимают симптомы астении за проявления усталости и не считают нужным проводить какое-либо лечение или пользуются традиционными психостимуляторами (крепкий кофе в больших количествах, алкоголь и т.д.) [3]. Основные признаки астении, позволяющие ее отличить от простой усталости: отсутствие прямой связи с предшествующими физическим и психическим напряжением, отсутствие эффекта даже от длительного и полноценного отдыха, сопутствующие эмоциональные нарушения, ухудшение памяти и внимания, неэффективность традиционных общестимулирующих средств (например, водных процедур) [3].

Астения представляет собой неспецифический синдром, который может сопровождать любые заболевания (соматические, неврологические, психические) [5].

Цель исследования: установить гендерные различия астеновегетативных, тревожно-депрессивных и эмоциональных проявлений болевого синдрома и стратегий преодоления хронической боли у пациентов терапевтического и неврологического профиля.

Материал и методы исследования. Обследовано 58 пациентов (34 эндокринологического (Э) и 24 – неврологического отделений (Н)), страдающих сахарным диабетом II типа, артериальной гипертензией I-II, ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения, вертеброгенными радикулопатиями со слабым и умеренным болевым синдромом. Средний возраст составил $60 \pm 2,0$ лет. Для объективизации астении использованы субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20)) с анализом общей усталости, физической и умственной утомляемости,

редукции мотиваций и активности и шкала астенического состояния Л.Д. Майковой и Т.Г. Чертовой; эмоций и настроения – экспресс-диагностика неуправляемой эмоциональной возбудимости и личностной склонности к сниженному настроению по В.В. Бойко; тревожно-депрессивных расстройств – госпитальная шкала тревоги и депрессии; вегетативных нарушений – вопросник для выявления вегетативных изменений; боли – краткий болевой опросник и стратегии преодоления хронической боли [2]. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. У всех обследованных пациентов выявлены слабые астенические расстройства, которые преобладали у эндокринных больных ($52,1 \pm 1,18$ (Н), $56,3 \pm 1,50$ (Э), $p < 0,05$), значимо у женщин (Ж) ($54,4 \pm 1,28$ (Н), $60,4 \pm 1,33$ (Э), $p_4 < 0,05$). У этих лиц установлены снижение активности ($8,8 \pm 1,20$ (Н), $11,2 \pm 1,0$ (Э), $p < 0,05$, $7,2 \pm 1,63$ (Н), $12,4 \pm 0,83$ (Э), $p_4 < 0,05$), мотивации ($5,6 \pm 0,56$ (Н), $8,4 \pm 0,90$ (Э), $p < 0,05$, $5,7 \pm 0,75$ (Н), $9,9 \pm 1,15$ (Э), $p_4 < 0,05$), наблюдались физическая ($9,7 \pm 0,50$ (Н), $11,8 \pm 0,90$ (Э), $p < 0,05$, $7,5 \pm 1,77$ (Н), $12,8 \pm 0,85$ (Э), $p_4 < 0,05$) и психическая ($6,0 \pm 0,93$ (Н), $8,5 \pm 0,70$ (Э), $p < 0,05$, $5,0 \pm 1,03$ (Н), $9,5 \pm 0,91$ (Э), $p_4 < 0,05$) астении. Тревожно-депрессивных расстройств у обследованных пациентов не выявлено. У всех больных имели место вегетативные нарушения в виде ощущений сердцебиения, затруднения при дыхании, нарушения функций желудочно-кишечного тракта, расстройства сна, снижения работоспособности, быстрой утомляемости, онемения пальцев кистей и стоп. Значимо вегетативные изменения преобладали у лиц с радикулопатиями ($34,4 \pm 1,68$ (Н), $29,2 \pm 1,30$ (Э), $p < 0,05$) и женщин эндокринологического и неврологического профилей ($26,0 \pm 1,93$ – мужчины (М), $32,4 \pm 2,73$ – Ж (Э) $p < 0,05$, $28,5 \pm 1,95$ – М, $40,3 \pm 2,42$ – Ж (Н), $p_4 < 0,05$). Вне зависимости от пола у пациентов выявлены дистимия и повышенная возбудимость. Максимальная ($6,0 \pm 1,01$ (Н), $5,2 \pm 0,90$ (Э)) и минимальная ($2,1 \pm 1,10$ (Н), $1,7 \pm 0,40$ (Э)) выраженность боли были присущи лицам с радикулопатиями. Степень болевого синдрома у мужчин неврологического профиля влияла на их общественную активность, настроение, работу на дому и профессиональную деятельность, а у женщин – на отношения с другими людьми. Установлены «ориентированные на болезнь» и «ориентированные на здоровье» стратегии преодоления боли у этих пациентов. Больные из-за боли меньше двигались, ограничивали время пребывания в положении стоя, избегали отдельных видов физической активности. При этом иногда обращались за помощью, когда надо было что-то поднять, поднести или передвинуть. Часто пациенты отдыхали, сидя на стуле или лежа на диване. В большей мере это касалось лиц мужского пола с неврологической симптоматикой (защита – $1,8 \pm 0,11$ – М, $1,2 \pm 0,19$ – Ж (Н), $p_2 < 0,05$, отдых – $2,0 \pm 0,10$ – М, $1,6 \pm 0,14$ – Ж (Н), $p_2 < 0,05$, обращение за помощью – $1,7 \pm 0,21$ – М, $1,1 \pm 0,16$ – Ж (Н), $p_2 < 0,05$). Эти же пациенты иногда больше сосредотачивались на расслаблении мышц ($1,4 \pm 0,12$ – М, $0,9 \pm 0,12$ – Ж (Н), $p_2 < 0,05$), не обращая на боль внимания и не позволяя боли нарушить их деятельность. Иногда эти пациенты занимались упражнениями

для укрепления мышц шеи, рук, ног, спины ($1,0 \pm 0,11$ – М, $0,5 \pm 0,23$ – Ж (Н), $p_2 < 0,05$), напоминая себе, что могло быть и хуже, что все улучшится. Более частое обращение за поддержкой со стороны друзей, членов семьи, близких, чтобы почувствовать себя лучше, установлено у лиц неврологического профиля.

Выводы. Изменения психоэмоционального и вегетативного состояния пациентов с эндокринной и неврологической патологией характеризовалось:

- астенией, более выраженной у лиц женского пола с эндокринными заболеваниями;
- дистимией и повышенной возбудимостью у всех пациентов вне зависимости от патологии и от пола;
- вегетативными проявлениями у всех пациентов неврологического профиля и женщин с эндокринной патологией.

Установлена большая выраженность болевого синдрома, неадаптивные и адаптивные стратегии преодоления боли у лиц с радикулопатиями, преимущественно у мужчин.

Вышеизложенные изменения могут быть полезны для включения в комплексное лечение препаратов для коррекции астеновегетативных расстройств у пациентов терапевтического и неврологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акарачкова, Е.С. Хроническая усталость и подходы к ее лечению / Е.С. Акарачкова // Журн. неврологии и психиатрии. - 2010. - № 11. – С. 48 – 54.
2. Белова, А.И. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.И. Белова. – Руководство для врачей. – М.: Медкнига, 2004. – 456 с.
3. Бурчинский, С.Г. Астенический синдром в практике невролога: недооцененная проблема и современные возможности фармакотерапии / С.Г. Бурчинский // Неврология. Практикум Лікаря. - 2012. - № 8. – С. 60 - 61.
4. Федотова, А.В. Астенический синдром в терапевтической практике / А.В. Федотова // Невроньюс. - 2015. - № 11. – С. 5 – 6.
5. Храмулашвили, В.В. Астенические расстройства и возможности их медицинской коррекции. Пособие для врачей под ред. Проф. В.Н. Краснова. – М.:РКИ Соверо пресс. - 2004. – 24 с.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Авдей Г.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) – один из наиболее эффективных методов хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС) [2]. Традиционно широко используется проведение оперативной реваскуляризации в условиях искусственного кровообращения. Проблема

церебральных сосудистых осложнений, связанных с хирургическим лечением больных ИБС, остается актуальной [3]. Основные механизмы повреждения головного мозга при АКШ: артерио-артериальная и воздушная макро-и микроэмболия, гипоперфузия и связанный с ней каскад гипоксически-ишемических нарушений, а также системная воспалительная реакция, инициированная хирургическим вмешательством и искусственным кровообращением [5]. Особенно восприимчивыми к гипоперфузии являются гиппокамп, перивентрикулярное белое вещество и водораздельные зоны, предопределяющие особенности неврологических осложнений АКШ [6].

Нарушения когнитивных функций, как память, внимание и восприятие информации, большинство исследователей относят к неврологическим осложнениям коронарного шунтирования II типа, развивающимся вследствие диффузного ишемического поражения головного мозга [2]. При этом когнитивные нарушения у больных, перенесших АКШ, могут сохраняться на протяжении нескольких месяцев, причем их выраженность не связана с длительностью применения аппарата искусственного кровообращения, сроком пережатия аорты, интраоперационным уровнем системного артериального давления [5].

Цель исследования: установить нарушения психоэмоционального состояния и когнитивных функций у пациентов в ранний послеоперационный период АКШ для разработки мероприятий коррекции этих расстройств.

Материал и методы исследования. Обследовано 34 пациента в возрасте до 55 лет (18 человек) и после 55 лет (18 человек). У больных до операции был выставлен диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, атеросклероз коронарных артерий, хроническая сердечная недостаточность 3-4 степени. Проведены количественно анализ стрессовых событий по шкале Холмса-Рея, депрессии по шкале Бека, когнитивных расстройств по опроснику самооценки памяти, батареи лобных тестов и экспресс-методике исследования когнитивных функций на 7 и 14 день после АКШ [1, 4].

Результаты исследования. Наибольшие проявления негативного стрессового воздействия установлены у мужчин вне зависимости от возраста (до 55 лет – $170,4 \pm 12,0$ (7 день), $160,6 \pm 15,5$ (14 день); после 55 лет – $152,1 \pm 11,1$ (7 день), $151,8 \pm 13,11$ (14 день)). Количество баллов, набранных женщинами, в отношении к оценке событий было гораздо меньше (до 55 лет – $147,2 \pm 12,2$ (7 день), $p < 0,05$, $141,5 \pm 12,3$ (14 день), $p < 0,05$, после 55 лет – $135,5 \pm 12,7$ (7 день), $p_1 < 0,05$, $140,0 \pm 10,0$ (14 день), $p_1 < 0,05$). Важные события, происшедшие у мужчин в течение последнего года: изменения финансового положения, места работы, условия жизни, стереотипа поведения, социальной активности, привычек, связанных с питанием, конфликтные ситуации с близкими людьми, болезнь. Оценка событий этими пациентами была одинаковой на 7 и 14 дни после АКШ. Установлено уменьшение депрессивных расстройств в послеоперационный период. У лиц женского пола в возрасте до 55 лет умеренная депрессия к 14 дню становилась легкой ($14,7 \pm 2,97$, $10,7 \pm 3,73$, $p < 0,05$), а выраженные депрессивные расстройства у лиц

женского пола старших возрастных групп (после 55 лет) переходили в умеренные ($24,0 \pm 2,89$, $15,5 \pm 1,19$, $p < 0,05$). У мужчин до 55 лет к 14 дню после АКШ депрессивные нарушения полностью проходили ($12,8 \pm 2,05$, $8,3 \pm 0,79$, $p < 0,05$), а после 55 лет умеренная депрессия сменялась субдепрессией ($15,6 \pm 1,23$, $11,9 \pm 1,0$, $p < 0,05$). Согласно опроснику самооценки памяти, все обследованные пациенты набрали меньше 43 баллов, что по данному тесту не предполагает наличие нарушения памяти, внимания. Больные хорошо запоминали слова, в том числе имеющие общий смысловой признак, заучивали 10 слов за 3 предъявления, но воспроизводили из 9 слов более половины, но не все. Не вызывали затруднений у больных задания по рисунку 3 геометрических фигур и расстановке стрелок на часах без циферблата (7ч25мин). Вне зависимости от возраста и пола, все пациенты за 1 минуту называли менее 10 – 14 продуктов (до 55 лет – $2,9 \pm 0,07$ (М), $2,8 \pm 0,01$ (Ж), после 55 лет $2,9 \pm 0,07$ (М), $2,0 \pm 0,36$ (Ж)) и испытывали трудности при ответе на 3 вопроса (правильно отвечали только на 2 вопроса). Мужчины всех возрастов хуже выполняли серийное вычитание «от 100 по 7» (4 операции), в то время, как женщины это задание выполняли быстро и все 5 операций (до 55 лет – $1,0 \pm 0,25$ (М), $0,1 \pm 0,001$ (Ж), $p < 0,05$, после 55 лет – $1,0 \pm 0,20$ (М), $0,5 \pm 0,01$ (Ж), $p < 0,05$). Задания по решению арифметической задачи и выбору утверждения, соответствующего смыслу пословицы «Не в свои сани не садись» пациенты выполняли без ошибок. Умеренная лобная дисфункция выявлена у всех обследованных больных (до 55 лет – $12, \pm 0,40$ (М), $12,0 \pm 0,90$ (Ж), после 55 лет – $12,5 \pm 0,51$ (М), $12,1 \pm 0,11$ (Ж)).

Выводы. У пациентов в раннем послеоперационном периоде установлены:

- наибольшие проявления негативного стрессового воздействия у мужчин;
- уменьшение депрессивных расстройств;
- снижение слухоречевой памяти и избирательной актуализации из памяти слов у женщин и мужчин старше 55 лет;
- сохранение зрительно-пространственной деятельности;
- уменьшение вербального мышления, преимущественно у мужчин;
- умеренная лобная дисфункция.

Вышеперечисленные изменения психоэмоционального состояния и когнитивных функций больных после операции АКШ могут быть использованы для разработки мероприятий по коррекции этих расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, А.И. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.И. Белова. – Руководство для врачей. – М.: Медкнига, 2004. – 456 с.
2. Бокерия, Л.А. Современные тенденции и перспективы развития коронарной хирургии /Л.А. Бокерия, И.Н. Беришвили, И.Ю. Сигаев //Анналы хирургии. - 1997. - № 4. - С. 31 – 45.

3. Бокерия, Л.А. Цереброваскулярные расстройства у больных с коронарным шунтированием /Л.А. Бокерия, П.Р. Камчатнов, И.В. Ключников //Журнал неврологии и нейрохирургии. - 2008. - № 3. – С. 90 – 94.
4. Корсакова, Н.К. Экспресс –методика оценки когнитивных функций при нормальном старении /Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, И.Ф. Рощина // Журнал неврологии и нейрохирургии. - 2009. - № 2. – С. 44 – 50.
5. Шабалова, А.В. неврологические осложнения аортокоронарного шунтирования: виды, патогенез, профилактика /А.В. Шабалова, Д.Н. Джибладзе //Атмосфера. Нервные болезни .- 2004. - № 4. – С. 9 – 13.
6. Шрадер, Н.И. Предикторы неврологических осложнений у больных, перенесших аортокоронарное шунтирование /Н.И. Шрадер, Е.Е. Васенина, О.С. Левин // Журнал неврологии и нейрохирургии. - 2013. - № 7. – С. 90 – 97.

ОЦЕНКА ВАЛИДНОСТИ ОПРОСНИКА БОЛЬШОЙ ПЯТЕРКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КЛИНИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ассанович М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Пятифакторная модель широко используется в клинической психологии и психиатрии в рамках дименсионального подхода к оценке личности. В связи с этим особую актуальность приобретают методики психодиагностической оценки личности в рамках пятифакторной структуры.

Нами выполнена психометрическая адаптация методики «Опросник большой пятерки» (BFI) с целью ее практического использования в русскоязычной популяции Республики Беларусь [3]. Психометрическая разработка шкал опросника проводилась с помощью метрической системы Раша (MSP). Методология MSP основана на вероятностном анализе взаимодействия ответов респондента, диагностических пунктов и суммарной оценки по шкале. В результате такого анализа конструируется психометрическая шкала, превосходящая по своим психометрическим свойствам шкалы, созданные в рамках классической теории тестов [2].

Цель настоящего исследования состояла в оценке конвергентной и дивергентной валидности разработанных на основе метрической системы Раша шкал опросника BFI при использовании данного опросника в клинике невротических расстройств. В качестве методики сопоставления использовалась Интегративная система психодиагностики методом Роршаха (ИСИПМЕР) [1].

В исследовании участвовало 156 пациентов с различными формами невротических расстройств. Возраст респондентов находился в диапазоне от 20 до 57 лет. Группа включала 82 лиц женского пола и 74 - мужского пола. Все респонденты прошли психодиагностическое обследование с помощью BFI и ИСИПМЕР.

Оценка конвергентной и дивергентной валидности проводилась путем статистической оценки корреляционных связей показателей ИСИПМЕР с

суммарными оценками шкал BFI. Сравнительная оценка различий между значениями коэффициента корреляции проводилась по критерию Z и индексу величины эффекта различий d Коэна.

В таблице 1 представлены значимые ($p < 0,05$) значения коэффициента корреляции показателей методики Роршаха с суммарными оценками оригинальной и модифицированной версий шкалы «Нейротизм».

Как следует из анализа значений коэффициента корреляции, общая оценка оригинальной шкалы «Нейротизм» обнаружила значимые корреляционные связи с четырнадцатью показателями методики Роршаха.

Таблица 1. Значения коэффициента корреляции между показателями ИСИПМЕР и суммарными оценками оригинальной и модифицированной версий шкалы «Нейротизм»

Показатель методики Роршаха	Значение коэффициента корреляции, r		Оценка различий, p	d Коэна
	ориг.	модиф.		
Когнитивная дисфункция (DQv, DQv/+)	0,14	0,14	$>0,05$	-
Перцептивные искажения (X-%)	0,22	0,23	$>0,05$	-
Распознавание социальных условностей (P)	0,12	0,12	$>0,05$	-
Пессимизм (MOR)	0,28	0,34	$>0,05$	-
Когнитивное напряжение (FM+m)	0,47	0,47	$>0,05$	-
Склонность к интеллектуализации (Intell)	0,36	0,39	$>0,05$	-
Снижение ясности мышления (Wsum6)	0,17	0,17	$>0,05$	-
Фрустрирующие эмоции (Sumshd)	0,54	0,56	$>0,05$	-
Сниженный эмоциональный контроль (CF+C)	0,27	0,05	$<0,05$	0,23
Эмоциональная импульсивность C	0,29	-	$<0,01$	0,30
Повышенная сложность негативных эмоций (Blshd)	0,35	0,35	$>0,05$	-
Соматизация (An+Xy)	0,33	0,37	$>0,05$	-
Негативная интроспекция (SumV)	0,32	0,32	$>0,05$	-
Стремление к симбиотической привязанности (SumT)	0,36	0,43	$>0,05$	-
Копинг-ресурсы (EA)	-0,32	-0,32	$>0,05$	-
Копинг-дефицит (CDI)	0,49	0,52	$>0,05$	-

Анализ психологического содержания представленных в таблице переменных показывает, что все показатели имеют непосредственное отношение к характеристикам невротического функционирования личности. Максимальную выраженность, достигающую умеренной степени, имеют корреляционные связи шкалы с уровнями копинг-дефицита, фрустрирующих эмоций, когнитивного напряжения, стремления к симбиотической привязанности. Корреляции с общей оценкой модифицированной шкалы нейротизма по сравнению с оригинальной статистически не изменились для большинства показателей ИСИПМЕР, за исключением эмоциональной

несдержанности и импульсивности. Для двух указанных показателей значимых корреляционных связей после модификации не выявлено. Данные изменения обусловлены тем, что в модифицированном варианте из шкалы нейротизма исключен невалидный пункт, описывающий колебания настроения. В целом эмоциональная несдержанность и импульсивность в большей степени характеризуют личностные нарушения, чем имеющие непосредственное отношение к нейротизму.

Таким образом, анализ корреляционной очевидности шкалы «Нейротизм» обнаруживает достаточно высокую конвергентную и дивергентную валидность с показателями Интегративной системы.

В таблице 2 представлены значимые ($p < 0,05$) значения коэффициента корреляции показателей методики Роршаха с суммарными оценками оригинальной и модифицированной версий шкалы «Добросовестность».

Таблица 2. Значения коэффициента корреляции показателей ИСИПМЕР с суммарными оценками оригинальной и модифицированной шкал «Добросовестность»

Показатель методики Роршаха	Значение коэффициента корреляции, r		Оценка различий, p	d Коэна
	ориг.	модиф.		
Обсессивный стиль (OBS)	-	0,17	$>0,05$	-
Чрезмерная детализация (Dd)	0,33	0,38	$>0,05$	-
Конвенциональность восприятия (X+%)	0,47	0,48	$>0,05$	-
Сверхвовлеченный организационный стиль (Zd+)	0,54	0,76	$<0,001$	0,40
Распознавание социальных условностей (P)	0,32	0,32	$>0,05$	-
Чрезмерный эмоциональный контроль (FC)	0,27	0,31	$>0,05$	-
Эмоциональная импульсивность (C)	-0,24	-0,35	$>0,05$	-
Саморефлексия (FD)	0,46	0,54	$>0,05$	-
Количество прективных ответов	-0,25	-0,26	$>0,05$	-

Анализ данных в таблице 2 показывает, что шкала имеет положительные корреляционные связи с когнитивными показателями ИСИПМЕР, отражающими чрезмерные когнитивные усилия в процессе обработки информации, детализацию, чрезмерную критичность и следование конвенциональным нормам. Отрицательные связи обнаружены со склонностью к импульсивности и числом проективных ответов. Эмоциональная импульсивность соответствует низким значениям шкалы «Добросовестность», что и подтверждается отрицательными корреляциями. Обратная корреляция с числом проективных ответов может быть обусловлена тем, что лица с высоким уровнем добросовестности не склонны предоставлять неконвенциональные ответы, отражающие динамику внутренних переживаний.

Из анализа данных в таблице 2 также следует, что модификация шкалы в виде удаления двух невалидных пунктов достоверно увеличила

корреляционную связь с таким стилевым когнитивным показателем, как сверхвовлеченный организационный стиль.

Таким образом, проведенный анализ показал достаточную степень конвергентной валидности шкалы «Добросовестность» при сопоставлении с показателями методики Роршаха.

В таблице 3 представлены значимые ($p < 0,05$) значения коэффициента корреляции показателей методики Роршаха с суммарной оценкой шкалы «Дружелюбие» опросника BFI.

Таблица 3. Значения коэффициента корреляции между показателями ИСИПМЕР и суммарной оценкой шкалы «Дружелюбие»

Показатель методики Роршаха	r
Конвенциональность восприятия (X+%)	0,33
Распознавание социальных условностей (P)	0,27
Оппозиционизм и конфронтация (S)	-0,24
Нарциссизм (Fr+rF)	-0,34
Стремление к эмоционально-близким отношениям (SumT)	0,46
Социальный интерес (SumH)	0,37
Сотрудничество (COP)	0,26
Агрессия (AG)	-0,31

Анализ корреляций в таблице 3 показывает, что шкала «Дружелюбие» обнаруживает значимые связи с восемью показателями ИСИПМЕР. Данные показатели характеризуют когнитивные особенности, сферу самовосприятия и межличностные отношения. Сила корреляционных связей находится в диапазоне от слабой до умеренной степени. Максимальные значения имеют корреляции со стремлением к симбиотическим отношениям и социальным интересом. Отмеченные корреляции отражают невротическое стремление к межличностным отношениям. Также обращают на себя внимание отрицательные корреляции с уровнем агрессии и невысокие связи с уровнем сотрудничества. В целом анализ выявленных связей показывает, что шкала «Дружелюбие» у пациентов с невротическими расстройствами характеризует конвенциональные особенности невротического взаимодействия с миром. Данные особенности не носят явно патологического характера, скорее они являются отражением не в полной мере адаптивных способов межличностного функционирования.

В таблице 4 представлены значимые ($p < 0,05$) значения коэффициента корреляции показателей методики Роршаха с суммарными оценками оригинальной и модифицированной версий шкалы «Открытость опыту». Анализ данных в таблице 4 показывает, что корреляции оригинальной и модифицированной шкал с показателями методики Роршаха в существенной степени различаются между собой. В модифицированном варианте шкалы исключено 40% пунктов, описывающих эстетизм и стремление к искусству как проявления открытости своим переживаниям. Оригинальная шкала, содержащая данные пункты, обнаруживает достаточно выраженные корреляции с показателями ИСИПМЕР, которые отражают блокировку

переживаний, снижение эмоциональной откликаемости и склонность к интеллектуализации. Модифицированная шкала, напротив, коррелирует с переменными, характеризующими доступность переживаний, отсутствие блокировок, соматизаций, интеллектуализации. Таким образом, оригинальная шкала «Открытость опыту» имеет низкую конвергентную валидность с показателями методики Роршаха, в то время как модифицированная шкала обнаруживает высокую степень конвергентной и дивергентной валидности с показателями ИСИПМЕР.

Таблица 4. Значения коэффициента корреляции между показателями ИСИПМЕР и суммарными оценками оригинальной и модифицированной шкал «Открытость опыту»

Показатель методики Роршаха	Значение коэффициента корреляции, r		Оценка различий, p	d Коэна
	ориг.	модиф.		
Ограничительный стиль (L)	-0,27	-0,52	<0,01	0,30
Нонконформизм в восприятии действительности (Xu%)	-0,15	0,27	<0,001	0,43
Следование социальным стандартам (P)	0,14	-0,26	<0,001	0,41
Копинг-ресурсы (EA)	-0,21	0,35	<0,0001	0,60
Интернализация негативного аффекта (WsumC:WsumC')	0,18	-0,21	<0,001	0,40
Эмоциональная реактивность (Afr)	-0,32	0,17	<0,0001	0,51
Интеллектуализация (Intell)	0,24	-0,20	<0,0001	0,45
Сложность переживаний (Blendsadj%)	0,18	0,25	>0,05	-
Соматизация (An+Xy)	0,28	-0,13	<0,001	0,42
Саморефлексия (FD)	-	0,21	>0,05	-
Количество проективных ответов	0,33	0,42	>0,05	-

В таблице 5 представлены значимые ($p < 0,05$) значения коэффициента корреляции показателей методики Роршаха с суммарной оценкой шкалы «Экстраверсия».

Таблица 5. Значения коэффициента корреляции между показателями ИСИПМЕР и суммарной оценкой шкалы «Экстраверсия»

Показатель методики Роршаха	r
Уровень эмоциональности (WsumC)	0,32
Эмоциональная несдержанность (CF+C)	0,56
Социальный интерес (SumH)	0,43
Социальная изоляция (Isol)	-0,24

Анализ корреляций в таблице 5 показывает, что шкала «Экстраверсия» обнаруживает значимые связи только с четырьмя показателями ИСИПМЕР. Два показателя относятся к эмоциональной сфере и отражают повышенный уровень эмоциональности и эмоциональной экспрессии. Два других показателя характеризуют межличностный интерес и социальную активность. В целом

выявленные корреляции соответствуют конструктивной направленности шкалы, однако свидетельствуют о том, что шкала «Экстраверсия» в отличие от других шкал BFI в большей степени оценивает внешние социальные проявления, нежели внутренние психологические механизмы социального взаимодействия.

Таким образом, результаты проведенного исследования дают основание сделать вывод о том, что шкалы пятифакторного опросника BFI, разработанные на основе метрической системы Раша, обнаружили приемлемый уровень конвергентной и дивергентной валидности при сопоставлении с показателями Интегративной системы психодиагностики методом Роршаха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха / М.А. Ассанович. – Москва: Когито-центр, 2011. – 397 с.
2. Ассанович, М.А. Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике / М.А. Ассанович. – Минск: Новое знание, 2017. – 224 с.
3. Ассанович, М.А. Валидизация «Опросника большой пятерки» с помощью метрической системы Раша в клинической психодиагностике / М.А. Ассанович // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб. науч. трудов / Саратовский гос. мед. ун-т. – Саратов, 2018. – С.36-43.

ОЦЕНКА КОНВЕРГЕНТНОЙ ВАЛИДНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ ММРІ

Ассанович М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Миннесотский многофазный личностный опросник (ММРІ) уже не одно десятилетие занимает ведущее место по популярности среди личностных опросников в клинической психодиагностике [3]. Русскоязычные версии опросника не проходили проверку на валидность. Нами проведена психометрическая оценка шкалы депрессии ММРІ на основе метрической системы Раша (МСР) [1]. Данная метрическая система в настоящее время представляет собой передовую технологию оценки и разработки психометрических шкал в медицине [4]. В результате психометрического анализа с помощью МСР из 60 диагностических пунктов оригинальной шкалы депрессии были удалены 28 пунктов, имевших низкую конструктивную валидность и нарушавших монотонические связи в шкале.

Цель настоящего исследования состояла в сравнительной оценке конвергентной валидности оригинальной и модифицированной на основе МСР шкалы депрессии ММРІ. В качестве методики сопоставления использовалась Интегративная система психодиагностики методом Роршаха (ИСИПМЕР) [2].

В исследовании участвовало 285 пациентов с различными формами невротических расстройств, депрессией и расстройствами личности. Возраст

респондентов находился в диапазоне от 18 до 60 лет. Группа включала 156 лиц женского пола и 129 - мужского пола. Все респонденты прошли психодиагностическое обследование с помощью ММРІ и ИСИПМЕР.

Оценка конвергентной валидности проводилась путем статистической оценки корреляционных связей показателей ИСИПМЕР с суммарными оценками оригинальной и переработанной версий шкалы депрессии Миннесотского опросника. Сравнительная оценка различий между значениями коэффициента корреляции проводилась по критерию Z и индексу величины эффекта различий d Коэна.

В таблице ниже представлены значимые ($p < 0,05$) значения коэффициента корреляции показателей методики Роршаха с суммарными оценками оригинальной и модифицированной версий шкалы депрессии ММРІ. Анализ данных, представленных в таблице, показывает, что общая оценка оригинальной шкалы имеет значимые корреляции с шестнадцатью показателями Интегративной системы. Наиболее высокое значение имеет корреляция с индексом соматизации (0,56). Данная связь не имеет отношения к депрессии и может быть обусловлена наличием в составе оригинальной шкалы депрессии значительного количества пунктов, описывающих соматические симптомы.

Таблица. Значения коэффициента корреляции между показателями методики Роршаха и суммарными оценками оригинальной и модифицированной на основе метрической системы Раша версий шкалы депрессии ММРІ

Показатель методики Роршаха	Значение коэффициента корреляции, r		Оценка различий, p	d Коэна
	ориг.	модиф.		
Суицидальное созвездие (S-CON)	0,07	0,29	<0,001	0,23
Депрессивный индекс (DEPI)	0,33	0,69	<0,0001	0,52
Когнитивная дисфункция (DQv, DQv/+)	0,25	0,34	>0,05	-
Чувство вины (sumV)	0,37	0,72	<0,0001	0,54
Внутреннее напряжение (SumC')	0,08	0,32	<0,01	0,25
Сложность негативного аффекта (Blshd)	0,17	0,36	<0,05	0,21
Стремление к симбиотической привязанности (SumT)	0,24	0,46	p<0,01	0,25
Эмоциональная реактивность (Afr)	-0,25	-0,52	<0,001	0,32
Амбивалентность эмоций (Blcol-shd)_	0,08	0,29	<0,01	0,22
Пессимизм (MOR)	0,25	0,53	<0,001	0,34
Соматизация (An+Xy)	0,56	0,21	<0,0001	0,43
Индекс копинг-дефицита (CDI)	0,34	0,48	<0,05	0,17
Уровень агрессии (AG)	-0,23	-0,45	<0,01	0,25
Нарушения социальной перцепции (H:(H)+Hd+(Hd))	0,12	0,28	<0,05	0,17
Социальная изоляция (Isol)	0,17	0,33	p<0,05	0,17
Уровень фрустрирующих переживаний (Adjes)	0,35	0,54	p<0,01	0,24

Четыре депрессивных показателя ИСИПМЕР имеют умеренно выраженные корреляции с оригинальной шкалой депрессии: депрессивный индекс (0,33), чувство вины (0,37), копинг-дефицит (0,34) и общий уровень фрустрирующих переживаний (0,35). Оставшиеся 11 показателей депрессии методики Роршаха обнаруживают слабые связи с общей оценкой оригинальной шкалы депрессии. Среди них следует выделить индекс суицидальности «Суицидальное созвездие», с которым отмечается наименее выраженная связь (0,07). Учитывая высокую валидность показателя S-CON, слабая связь с данной переменной свидетельствует о том, что оригинальная шкала депрессии практически не оценивает высокий суицидальный риск.

Оценка корреляций показателей ИСИПМЕР с модифицированной шкалой депрессии обнаруживает, что все 16 показателей ИСИПМЕР сохраняют связь со шкалой депрессии. Однако значительно отличается сила корреляционных связей по сравнению с оригинальной шкалой депрессии. Пять депрессивных переменных Интегративной системы имеют значительно выраженную связь с модифицированной шкалой депрессии. Наиболее высокие значения отмечают корреляции с депрессивным индексом (0,69) и чувством вины (0,72). Указанные переменные представляют собой классические маркеры депрессии в методике Роршаха. Остальные 11 показателей ИСИПМЕР демонстрируют умеренные по силе корреляции с общей оценкой модифицированной шкалы.

Сравнительный анализ различий между значениями коэффициента корреляции оригинальной и модифицированной шкалы депрессии показал, что модифицированная шкала депрессии достоверно лучше коррелирует с депрессивными показателями Интегративной системы по сравнению с оригинальной шкалой. Наибольшие по величине различия обнаружены в корреляциях с депрессивным индексом ($d=0,52$) и чувством вины ($d=0,54$). Следует выделить заметное снижение силы корреляционной связи с индексом соматизации ($d=0,43$), который не имеет прямого отношения к измерению выраженности депрессии. Также необходимо отметить достоверное повышение силы корреляционной связи с индексом суицидальности (S-CON).

Полученные данные свидетельствуют о том, что устранение значительного числа невалидных пунктов из шкалы депрессии ММРІ, которые нарушают монотонические отношения между общей оценкой по шкале и уровнями выраженности депрессии, положительно сказалось на конвергентной и отчасти дивергентной валидности шкалы.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

Оригинальная шкала депрессии Миннесотского многофазного личностного опросника отличается умеренной конвергентной валидностью при сопоставлении с показателями Интегративной системы психодиагностики методом Роршаха. Шкала коррелирует с пятнадцатью переменными ИСИПМЕР, характеризующих различные аспекты депрессии. Величина корреляционных связей лишь с четырьмя депрессивными показателями методики Роршаха достигает умеренной степени выраженности. Остальные

переменные слабо коррелируют со шкалой. Наличие связи оригинальной шкалы депрессии с индексом соматизации отражает нарушения дивергентной валидности шкалы, поскольку соматизация не является характеристикой депрессии.

Модифицированная на основе метрической системы Раша шкала депрессии имеет достоверно более высокую конвергентную валидность с показателями ИСИПМЕР по сравнению с оригинальной шкалой. Метрическая система Раша позволяет выявить диагностические пункты, нарушающие метрическую структуру шкалы. Удаление некачественных пунктов способствует выравниванию монотонических связей в структуре шкалы, что повышает ее конвергентную и дивергентную валидность. В отличие от оригинальной модифицированная шкала имеет достоверно более сильные связи с показателями депрессии методики Роршаха и менее выраженные связи с индексом соматизации, не имеющим непосредственного отношения к депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М.А. Оценка диагностической эффективности шкалы депрессии ММРІ с помощью аналитически-доказательных технологий / М.А. Ассанович // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. - №4 (06). - С.18 -25.
2. Ассанович, М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха / М.А. Ассанович. – Москва: Когито-центр, 2011. – 397 с.
3. Ассанович, М.А. Клиническая психодиагностика / М.А. Ассанович. – Минск: Беларусь, 2012. – 344 с.
4. Ассанович, М.А. Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике / М.А. Ассанович. – Минск: Новое знание, 2017. – 224 с.

ОЦЕНКА КОНВЕРГЕНТНОЙ И ДИВЕРГЕНТНОЙ ВАЛИДНОСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЫ ДЕПРЕССИИ ГАМИЛЬТОНА

Ассанович М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Шкала оценки депрессии Гамильтона (HRSD) представляет собой наиболее известную клиническую шкалу в психиатрии. В свое время HRSD была определена как золотой стандарт в оценке тяжести депрессии. В последние десятилетия накопилось значительное количество исследований, вскрывающих недостатки данной психометрической шкалы. Основные проблемы шкалы Гамильтона связаны с тем, что отдельные пункты шкалы не выполняют диагностические функции в оценке тяжести депрессии. В связи с этим конструктивная валидность шкалы не отвечает в полной мере установленным психометрическим требованиям.

Нами проведена психометрическая переработка HAMD с целью улучшения ее диагностических свойств при использовании в русскоязычной популяции Республики Беларусь. Психометрический анализ шкалы проводился с помощью метрической системы Раша (MCP) [5]. Данная система представляет собой перспективную технологию разработки психометрических шкал в клинической психодиагностике. Методологическая основа MCP состоит в построении максимально правдоподобной измерительной шкалы на основе вероятностного анализа взаимодействия ответов респондента, диагностических пунктов и суммарной оценки по шкале. Шкалы, созданные на основе MCP, отличаются высокой стабильностью параметров и критериев интерпретации, надежностью и точностью [3]. В результате переработки HAMD с помощью метрической технологии Раша была создана 10-пунктовая модифицированная шкала оценки депрессии, характеризующаяся достаточной надежностью, включающая 10 валидных пунктов и способная дифференцировать 7 статистически значимых уровней выраженности депрессии [5].

Метрическая система Раша содержит имплицитные методы проверки конструктивной валидности шкалы, основанные на анализе остатков. Чем меньше величина остатков от разности между моделированными и наблюдаемыми вероятностями ответов испытуемых на диагностические пункты, тем выше конструктивная валидность шкалы. Однако для комплексной оценки конструктивной валидности шкал, созданных на основе MCP, актуальный интерес представляет исследование конвергентной и дивергентной валидности. Данные виды валидности имеют непосредственное отношение к объективной проверке конструктивной валидности шкалы. Конвергентная валидность подразумевает связь между оценками по различным шкалам, измеряющим один и тот же конструкт. Дивергентная валидность означает отсутствие связи между шкалами, оценивающими различные конструкты [2].

Цель настоящего исследования состояла в оценке конвергентной и дивергентной валидности оригинальной (HRSD) и модифицированной на основе метрической системы Раша (HRSDm) шкал. В качестве методики сопоставления использовалась Интегративная система психодиагностики методом Роршаха (ИСИПМЕР). Данная диагностическая система представляет собой методику объективной многомерной оценки функционирования личности. В процессе диагностики с помощью ИСИПМЕР моделируется ряд проблемных ситуаций различной сложности и оцениваются особенности психологического функционирования субъекта в ходе их разрешения. ИСИПМЕР содержит более 70 различных психодиагностических показателей [1]. В наших исследованиях проведена валидизация показателей, характерных для функционирования личности в состоянии депрессии [4]. Данные показатели были отобраны для сопоставления с общими оценками оригинальной и модифицированной версий шкалы Гамильтона.

В исследовании участвовало 137 респондентов – психиатрических пациентов, у которых отмечалась клинически верифицированная депрессия различной степени тяжести. Возраст респондентов находился в диапазоне от 23 до 57 лет. Группа включала 76 лиц женского пола и 61 - мужского пола. Все

респонденты прошли психодиагностическое обследование с помощью HRSD и ИСИПМЕР.

Оценка конвергентной и дивергентной валидности проводилась путем статистической оценки корреляционных связей депрессивных показателей ИСИПМЕР с суммарными оценками шкал Гамильтона. Сравнительная оценка различий между значениями коэффициента корреляции проводилась по критерию Z и индексу величины эффекта различий d Коэна.

В таблице ниже представлены значимые ($p < 0,05$) значения коэффициента корреляции показателей методики Роршаха с суммарными оценками оригинальной и модифицированной на основе метрической системы Раша версий шкалы депрессии Гамильтона.

Анализ данных, представленных в таблице, показывает, что суммарная оценка оригинальной шкалы HRSD обнаруживает значимые корреляции с большинством показателей депрессии методики Роршаха. Однако сила связи общей оценки HRSD с показателями ИСИПМЕР едва достигает умеренной выраженности. Максимальные значения коэффициента корреляции обнаруживаются в связях с такими депрессивными переменными, как общий уровень негативных переживаний (Adjes) и пессимистическое мышление (MOR). Обращает на себя внимание сравнительно выраженная связь общей оценки HRSD с показателем ситуационной тревоги (SumY).

В структуре ИСИПМЕР данный показатель, как и стрессовая сложность переживаний (Blm+y), не относится характеристикам депрессии. Они отражают наличие тревожных переживаний, обусловленных влиянием ситуационного стресса. Наличие значимых корреляций с указанными переменными свидетельствует о том, что оригинальная методика HRSD наряду с депрессией оценивает ситуационные тревожные переживания, которые могут снижать точность, валидность и надежность оценки основного конструкта депрессии. В рамках ИСИПМЕР данные показатели носят транзиторный характер и не определяются при исчезновении ситуационного стресса.

Оценка величины корреляционных связей показывает, что оригинальная шкала Гамильтона обнаруживает в целом слабые корреляции с ключевыми показателями депрессии ИСИПМЕР: суицидальным созвездием ($r = 0,12$), индексом депрессии ($r = 0,27$), чувством вины ($r = 0,28$), социальной изоляцией ($r = 0,26$). Такие слабо выраженные связи свидетельствуют о том, что метрическая структура оригинальной шкалы HRSD не содержит монотоническую зависимость между выраженностью депрессии и общей оценкой по шкале. Это нарушает конвергентную валидность шкалы, а присутствие в ее структуре элементов ситуационной тревоги снижает ее дивергентную валидность.

Анализ корреляций показателей ИСИПМЕР с общей оценкой модифицированной шкалы Гамильтона показывает достаточно выраженные по своей силе корреляции со всеми переменными, характеризующими депрессию. Максимальные значения обнаруживают корреляции с показателями депрессии во всех сферах функционирования личности: общими маркерами депрессии (S-CON, DEPI), когнитивными нарушениями (DQ+, DQv, DQv/+, X-%),

эмоциональными нарушениями (Afr, SumV, Adjes), нарушениями в сфере самовосприятия (SumV, MOR), нарушениями в межличностной сфере (Isol).

Таблица. Значения коэффициента корреляции между показателями ИСИПМЕР и суммарными оценками оригинальной (HRSD) и модифицированной на основе метрической системы Раша (HRSDm) версий шкалы депрессии Гамильтона

Показатель методики Роршаха	Значение коэффициента корреляции, r		Z, p	d Козна
	HRSD	HRSDm		
Суицидальное созвездие (S-CON)	0,12	0,42	2,68 p<0,01	0,33
Депрессивный индекс (DEPI)	0,27	0,63	3,80 p<0,01	0,47
Организационный стиль (Zd)	0,12	-0,35	3,98 p<0,01	0,50
Трудности переключения внимания (PSV)	-	0,25	1,92 p<0,05	0,23
Уровень структурирования (DQ+)	-0,14	-0,38	2,12 p<0,05	0,26
Когнитивная дисфункция (DQv, DQv/+)	0,15	0,52	3,48 p<0,001	0,43
Перцептивные искажения (X-%)	0,22	0,61	3,97 p<0,001	0,49
Признаки игнорирования реальности (FQхnone)	-	0,24	2,00 p<0,05	0,24
Нарушения мышления (Wsum6)	0,17	0,38	1,87 p=0,06	-
Нарушения смыслообразования (M-, Mnone)	0,08	0,29	1,79 p=0,07	-
Чувство вины и негативная интроспекция (SumV)	0,28	0,74	5,43 p<0,0001	0,69
Ситуационная тревога (SumY)	0,32	-	2,71 p<0,01	0,33
Эмоциональная реактивность (Afr)	-0,21	0,53	3,09 p<0,001	0,38
Сложность негативного аффекта (Blshd)	0,19	0,27	0,69 p=0,49	-
Стрессовая сложность переживаний (Blm+y)	0,24	-	2,00 p<0,05	0,24
Пессимизм и негативные самоатрибуции (MOR)	0,32	0,65	3,63 p<0,001	0,45
Социальный интерес (SumH)	-0,28	-0,49	2,03 p<0,05	0,25
Социальная изоляция (Isol)	0,26	0,57	3,12 p<0,01	0,38
Уровень фрустрирующих переживаний (Adjes)	0,36	0,69	3,86 p<0,001	0,48
Социальная дезадаптивность (GHR)	0,12	0,37	2,19 p<0,05	0,27

Перечисленные максимально выраженные по силе корреляции дополняются умеренными связями с другими показателями депрессии методики Роршаха. Обращает внимание, что HRSDm, в отличие от оригинальной шкалы Гамильтона, не обнаруживает значимых корреляций с признаками ситуационной тревоги ИСИПМЕР.

Сравнительный анализ значений коэффициента корреляции показал, что модифицированная шкала Гамильтона по сравнению с оригинальной версией шкалы, имеет достоверно более выраженные связи с семнадцатью показателями депрессии методики Роршаха. Для показателя чувства вины и негативной интроспекции (SumV) величина различий в значениях коэффициента корреляции достигает умеренной выраженности ($d=0,69$). Для 6 переменных ИСИПМЕР величина эффекта различий находится вблизи зоны умеренной выраженности.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Оригинальная шкала депрессии Гамильтона при сопоставлении с показателями метода Роршаха характеризуется низкой конвергентной валидностью и сниженной дивергентной валидностью. Низкая конвергентная валидность обусловлена нарушенными монотоническими связями между общей оценкой по шкале и уровнями выраженности депрессии. Признаками низкой конвергентной валидности являются невысокие значения корреляций с показателями депрессии ИСИПМЕР. Проблемы дивергентной валидности обусловлены выявленными достоверными связями общей оценки HRSD с показателями ситуационной тревоги ИСИПМЕР.

Модифицированная на основе метрической системы Раша шкала Гамильтона отличается высокой конвергентной и дивергентной валидностью при сопоставлении общей оценки данной шкалы с показателями депрессии методики Роршаха. Общая оценка HRSDm имеет выраженные корреляционные связи со всеми ключевыми показателями депрессии ИСИПМЕР.

Сравнительная оценка корреляционных связей HRSD и HRSDm с показателями ИСИПМЕР обнаружила, что модифицированная на основе MСР шкала Гамильтона имеет достоверное более высокие корреляционные связи с показателями депрессии метода Роршаха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха / М.А. Ассанович. – Москва: Когито-центр, 2011. – 397 с.
2. Ассанович, М.А. Клиническая психодиагностика / М.А. Ассанович. – Минск: Беларусь, 2012. – 344 с.
3. Ассанович, М.А. Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике / М.А. Ассанович. – Минск: Новое знание, 2017. – 224 с.
4. Бузук, С.А., Ассанович, М.А. Психологические особенности больных депрессией, имеющих высокий внутриличностный суицидальный потенциал

/С.А. Бузук, М.А. Ассанович // Психотерапия и клиническая психология. – 2008. - №3. – С.10-14.

5. Assanovich, M. Evaluation and improvement of the psychometric properties of the Hamilton Rating Scale for Depression using Rasch analysis for applying in Belorussian Population / M. Assanovich // International Journal of Applied Behavioral Sciences (IJABS). – 2017. – vol.4.- №1. – P. 40-46.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТА ФАГЕРСТРЕМА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ассанович М.В., Седушкина В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. У пациентов с шизофренией отмечается высокая распространенность никотиновой зависимости. По литературным данным от 80% до 88% пациентов, страдающих шизофренией, являются курильщиками. В общей популяции распространенность никотиновой зависимости варьирует от 28% до 40%. Пациенты, страдающие шизофренией, характеризуются более выраженной зависимостью от никотина, особенно в период прохождения лечения в стационарных условиях.

Цель исследования. Определение тяжести никотиновой зависимости у пациентов, страдающих шизофренией в зависимости от клинической формы и типа течения расстройства.

Материалы и методы.

Контингент испытуемых:

Было обследовано 23 пациента мужского и женского пола с диагнозом шизофрения. Все пациенты проходили курс лечения в стационарных отделениях ГОКЦ «Психиатрия-наркология». Среди них: мужчин – 18 (78,3%), женщин – 5 (21,7%). Возрастной диапазон: от 26 до 74 лет. В соответствии с действующей классификацией диагноз «параноидная форма шизофрении» был выставлен 21 пациенту, «кататоническая форма шизофрении» – 2 пациентам. У 16 (69,6%) пациентов отмечался непрерывный тип течения заболевания, у 7 (30,4%) пациентов – эпизодический тип течения. Длительность заболевания составила: у 7 (30,4%) пациентов – менее 10 лет, у 9 (39,1%) пациентов – от 10 до 20 лет, у 7 (30,4%) пациентов – более 20 лет.

Методы исследования: Катamnестический, опросник «Тест Фагерстрема для определения степени тяжести никотиновой зависимости», анкетирование с целью сбора социально-демографических данных.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что все обследованные пациенты являлись потребителями никотина (курильщиками). Стаж курения составил: у 3 (13%) пациентов – до 10 лет, у 8 (34,8%) пациентов – от 10 до 20 лет, у 12 (52,2%) пациентов – более 20 лет. По степени тяжести никотиновой зависимости пациенты распределились следующим образом: 14 пациентов (60,9%) продемонстрировали низкий

уровень никотиновой зависимости (0-3 балла), 5 пациентов (21,7%) средний уровень (4-5 баллов), 4 пациента (17,4%) высокий уровень никотиновой зависимости (6 и более баллов). Все 5 пациенток женского пола (100%) продемонстрировали низкий уровень никотиновой зависимости (0-3 баллов). Низкий уровень зависимости установлен у 9 (50%) пациентов мужского пола с непрерывным типом течения заболевания, средний уровень у 5 (27,8%) пациентов мужского пола с непрерывным типом течения, высокий уровень зависимости отмечался у 4 (22,2%) пациентов мужского пола с непрерывным и эпизодическим типами течениями расстройства.

Выводы.

Все обследованные пациенты являлись потребителями табака и продемонстрировали наличие никотиновой зависимости. В результате проведенного исследования не установлено связи между тяжестью никотиновой зависимости и клинической формой расстройства, типом течения и длительностью заболевания. Социально-демографические характеристики не оказали влияния на тяжесть никотиновой зависимости у обследованных пациентов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ Бизюкевич С.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: Существует большая группа коморбидных расстройств, которые осложняют клиническую картину расстройств аутистического спектра (РАС), что затрудняет дифференциальную диагностику и осложняет выбор программы психолого-педагогической коррекции.

В современной отечественной и зарубежной психиатрической практике на сегодняшний день существует достаточное количество разнообразных психометрических методик применяемых для диагностики расстройств аутистического спектра. Однако применение многих из них ограничено возрастом испытуемых, особенностями возрастных периодов развития речи, а также наличием у детей с РАС различных расстройств развития речи.

Родители, дети которых демонстрируют признаки расстройств в спектре аутизма, непреднамеренно преувеличивают или недооценивают проблемы в развитии своего ребёнка. Основным поводом для обращения за помощью является нарушения речевого развития.

«План диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 в настоящее время является диагностическим инструментом, который может преодолеть вышеописанные ограничения.

ADOS-2 предполагает участие клинического интервьюера, а также информатора (родителя или воспитателя). Оцениваемый ребёнок может принадлежать к любой социальной и возрастной группе, если по уровню

умственного развития он соответствует возрасту не менее 12 месяцев [1,2]. Критериями исключения для применения ADOS-2 являются патологии слуха, зрения, уровень умственного развития ребёнка не соответствующий возрасту 12 месяцев, моторные нарушения, при которых ребёнок не способен самостоятельно передвигаться [3]. Применение метода ADOS-2 требует от специалиста профессионального обучения

ADOS-2 содержит пять модулей, каждый из которых предлагает стандартные виды деятельности (задания), позволяющие наблюдать за формами поведения, важными для диагностики расстройств аутистического спектра на разных уровнях речевого развития и в разном хронологическом возрасте [3].

Модуль 1 «Плана диагностического обследования при аутизме» позволяет проводить диагностику расстройств аутистического спектра у детей, начиная с возраста 31 месяц и старше не владеющих спонтанной фразовой речью.

Цель настоящей работы: дифференциальная диагностика РАС у детей, не владеющих фразовой речью с помощью модуля 1 «плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2.

Методы исследования: исследование выполнено с участием 60 детей, проходивших стационарное обследование и лечение в детском отделении УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» за период с сентября 2017 по январь 2018 г. Из них мальчики составили - 70% (42 человека), девочки - 30% (18 человек), в возрасте от 3 до 10 лет.

В группу исследования вошли пациенты с подозрением на расстройства в спектре аутизма, у которых отмечались различные варианты речевой патологии. Активный словарь исследуемых детей был представлен отдельными словами, словами-штампами, прямой эхолоалией, использованием идиосинкразических слов и местоимений. Имели место нарушения просодики, звукопроизношения, нарушения спонтанности высказываний.

С целью диагностики РАС, для всех исследуемых детей, применялся Модуль 1 (довербальный уровень/отдельные слова) «плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2. Перевод на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. Под общей редакцией Александра Сорокина, 2016 г. Giunti OS Organizzazioni Speciali.

Результаты исследования и их обсуждение:

Среди всех исследуемых детей, не владеющих спонтанной фразовой речью у 35 человек (58%) в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 был выставлен диагноз расстройств аутистического спектра. У 25 детей (42%) исключались РАС, а выявленные речевые нарушения в большинстве случаев являлись первичной патологией.

Наибольшее число детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте 9 лет - 7 человек (20%), наименьшее - в возрасте 3 лет – 1 человек (3%). В возрасте 4,5,6 лет – по 5 человек (по 14,2%), в 7 лет – 6 детей (17%), 8 лет – 4 человека (11,4%), 10 лет - 2 детей (6%).

У 14 детей (40%) был выставлен диагноз детский аутизм. Атипичный аутизм выявлен в 23% (8 случаев). У 6 детей (17,1%) обнаружено другое дезинтегративное расстройство детского возраста, в 5 случаях (14,2%) гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, синдром Аспергера в 2 случаях (5,7%).

Полученные результаты показывают, что у всех обследуемых детей с диагнозом «Детский аутизм» – 14 человек (40%) и «Атипичный аутизм» - 8 случаев (22,8%) согласно Модуля 1 попадали в диагностическую группу по ADOS-2 - аутизм.

Степень выраженности симптомов связанных с аутизмом распределилась следующим образом: дети с диагнозом «Детский аутизм» выявляли умеренную и высокую степень выраженности аутистических симптомов (35,7% и 64,3%) соответственно. Дети с диагнозом «Атипичный аутизм» обнаруживали низкие (25%), умеренные (25%), высокие (50%) признаки аутизма.

Дети, имеющие диагноз «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями», «Дезинтегративное расстройство детского возраста», «синдром Аспергера» согласно Модуля 1 находились в диагностической группе по ADOS-2 - спектр аутизма и выявляли преимущественно низкие (38%), и умеренные (62%) признаки расстройств аутистического спектра.

В зависимости от пола, мальчики чаще обнаруживали умеренно выраженные (36%) и высокие признаки (64%) аутизма, девочки – выявляли низкую (38%) и умеренную (62%) степень выраженности аутистических признаков.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности дифференциальной диагностики расстройств аутистического спектра у детей, не владеющих фразовой речью.

Дети с диагнозом «Детский аутизм», «Атипичный аутизм» попадали в диагностическую группу по ADOS-2 - аутизм. Дети, имеющие диагноз «Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями», «Дезинтегративное расстройство детского возраста», «синдром Аспергера» согласно Модуля 1 попадали в диагностическую группу по ADOS-2 - спектр аутизма, что подтверждало наличие у исследуемых детей, не владеющих фразовой речью расстройств аутистического спектра.

У 25 (42%) исследуемых детей с подозрением на расстройства в спектре аутизма, не владеющих спонтанной фразовой речью, согласно Модуля 1 по ADOS-2 определялась диагностическая группа вне спектра аутизма, с низкой и/или минимальной степенью выраженности симптомов аутизма.

Применение Модуля 1 «Плана диагностического обследования при аутизме» позволяет повысить качество диагностики общих расстройств развития у детей с признаками аутизма, не владеющих фразовой речью, а также даёт возможность оценить степень выраженности аутистических проявлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gotham, K. H. A replication of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) revised algorithms / K. Gotham [et al.] // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2008. – Vol. 47 (6). – P. 642—651.
2. Лорд, К. ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме: руководство / К. Лорд, М. Раттер [и др.] пер. на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. - 2-е изд.: Western Psychological Services, Giunti O.S., 2016. - 544 с.
3. Сорокин, А.Б. Давыдова, Е.Ю. Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 / А.Б. Сорокин, Е.Ю. Давыдова // Аутизм и нарушения развития. – 2017.- Т. 15. - № 2 (55). – С. 38-44.

ВЗАИМОПОСЕЩЕНИЕ ЗАНЯТИЙ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Бойко С.Л., Гаджиева Ф.Г., Колышко А.М., Спасюк Т.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УО «Гродненский государственный университет им. Я.Купалы»

В ситуации динамичных изменений в образовательном процессе высшей школы неявно возникает вопрос о месте и роли взаимных посещений занятий. Нужно ли в настоящее время проводить открытые учебные занятия и совершенствовать методику их анализа? Или это рутинное и заранее жестко определенное мероприятие, неизбежная формальная обязанность для членов педагогического коллектива и источник стресса для педагога?

В современной педагогической среде бытует мнение, что открытые занятия, тем более с участием руководства кафедры и факультета, нужно проводить, например, в связи с предстоящей аттестацией или другими административными действиями. Открытое занятие чаще всего проводится молодыми специалистами, или преподавателями, которые должны избираться по конкурсу. В то время как наиболее опытным и мастеровитым педагогам, способным выступить в качестве образца преподавания, источником совершенствования профессионального мастерства других преподавателей, открытых занятий сторонятся. При этом и открытые занятия чаще всего оцениваются (получают отметку) по формальным критериям, а не в контексте совершенствования педагогических компетенций ППС кафедры. Такое состояние вещей достаточно странно в условиях постоянного повышения в высшей школе требований к качеству профессионального мастерства педагога и усилению требований к использованию им инновационных технологий. Особо диссонирует существующее состояние вещей с богатым опытом советской высшей школы и современным зарубежным опытом работы многочисленных педагогических коллективов, ориентированных на

определение и использование открытых учебных занятий с целью обмена опытом и формирования образовательных компетенций преподавателя.

Традиционно, взаимопосещение занятия в контексте профессиональной деятельности педагога высшей школы, с одной стороны, рассматривается в качестве средства формирования и развития его профессиональной компетентности, с другой – инструментом оценки результативности преподавания предмета [3]. В авторитетной справочной литературе термин «открытый урок» чаще всего трактуется как «занятие, на котором присутствуют другие преподаватели или приглашенные лица, проводится квалифицированными педагогами по трудным или слабо разработанным в методике разделам учебной программы, а также с целью показа и распространения наиболее эффективных приемов учебно-воспитательной работы. При этом открытое занятие определяется в качестве средства, способствующего внедрению достижений педагогической науки в практику, распространению педагогического опыта, повышению квалификации преподавателей [4]. Как мы видим, в данном определении контролирующая цель занятия даже не упоминается, взаимопосещение занятий – это одна из форм повышения квалификации педагога.

Интересным является и тот факт, что в современных русскоязычных нормативных документах уже делается акцент на контролирующей функции и, при этом, не проводится разницы между терминами посещение и взаимопосещение занятий. При этом им дается единая содержательная трактовка, ставятся одинаковые цели. Например, согласно «Положению о посещении/взаимопосещении занятий» ряда вузов данные виды деятельности определяются как «...одна из форм повышения квалификации, как форма распространения передового опыта и результатов методической работы преподавателя». Основной целью посещения/взаимопосещения занятий определяется контроль выполнения тематического плана, форм преподавания, трудовой дисциплины, качества аудиторной работы со студентами [2].

Уход в сторону контролирующей, т.е. констатирующей, функции взаимного посещения занятий, по нашему мнению, является неадекватным существующим целям его функционирования. Логично предположить, что для педагогов с немедицинским образованием посещение занятий по фундаментальным дисциплинам, например, по анатомии человека, будет являться важнейшим стимулом развития и включение в режим творчества, улучшения отношений с обучающимися и повышение уровня качества их знаний, освоения новых методик и технологий, самореализации в педагогической деятельности и саморазвитии. Коллегиальное обсуждение открытых занятий способно выступить источником формирования аналитических способностей, развивать интерес и активизировать потребность изучения проблем обучения, воспитания и развития обучающихся, служит действенным средством совершенствования профессионально-педагогического мастерства [5].

Кроме того, на существенный формирующий потенциал открытого занятия указывает и наличный опыт проведения взаимопосещения занятий на

кафедры психологии и педагогики, а также кафедры анатомии человека УО «Гродненский государственный медицинский университет» (далее – УО «ГрГМУ»). В течение 2017/2018 учебного года заведующими и сотрудниками обозначенных выше кафедр, а так же кафедры общей и социальной психологии УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы» периодически проводятся открытые занятия, в первом семестре – для студентов факультета иностранных учащихся с английским языком обучения, а так же в магистратуре по психологии с английским языком обучения. Такие взаимопосещения выступают в качестве полноценной школы методического мастерства, средства для обобщения и распространения положительного педагогического опыта, демонстрации внедрения педагогической теории на практике, средства, позволяющего определить направления практического применения психологических знаний. Следует отметить, что обмен опытом на уровне заведующих кафедрами – это возможность продуктивного межкафедрального и межвузовского взаимодействия, средство конструирования единства педагогических позиций.

Основанием для проведения открытых занятий выступила существующая система менеджмента качества УО «ГрГМУ». В соответствии со Стандартом Системы менеджмента качества УО «ГрГМУ» СТУ П 1.03-2016 «Учебно-методическое обеспечение» наблюдение, анализ и оценка эффективности занятия – важнейшие компоненты контроля деятельности преподавателя, качества обучения студентов. Необходимо иметь в виду, что контроль – это не самоцель, а обратная связь, т.е. средство, позволяющее своевременно заметить успех и неудачу преподавателя, отметить положительное в его работе, принять меры к ликвидации недостатков в образовательном процессе, подготовить обмен опытом.

Занятие нами рассматривалось в качестве основной формы организации образовательного процесса. От его качества зависит степень подготовленности будущих специалистов. Наибольший интерес у нас вызывали следующие аспекты занятия: выбор наиболее рациональных методов и приёмов обучения, обеспечение познавательной активности студентов, сочетание коллективной работы с дифференцированным подходом к обучению и осуществление междисциплинарных, межмодульных связей, практико-ориентированность занятия. При этом грамотный и тщательный анализ посещенного занятия является важнейшим условием повышению педагогического мастерства, так как, только научившись анализировать работу другого, можно отдать себе отчет в собственной деятельности, подойти к ней критически и сделать необходимые выводы [1, 2]. В качестве целей посещений занятий, проводимых на кафедре анатомии человека УО «ГрГМУ», выступили цели, отражающие основные направления деятельности преподавателя, основные учебно-воспитательные задачи, решаемые им в ходе занятия, например:

- Изучение методики изложения учебного материала (на английском языке).
- Изучение методики осуществления принципа наглядности обучения (использование виртуального компьютерного стола).

- Изучение методов обратной образовательной связи и контроля знаний (опрос в малой группе).
- Изучение технологии организации самостоятельной работы студентов (с анатомическими препаратами).
- Изучение взаимодействия преподавателя и студентов (в первую очередь особенность коммуникации и дисциплина).

Из существующих видов анализа занятия мы использовали аспектный анализ – глубокое обсуждение отдельных сторон занятия, например, отдельных способов активизации познавательной деятельности студентов, приемов воспитательного воздействия, структурной организации занятия и др. Особого внимания заслуживает опыт психологического анализа занятия, разбор по следующим составляющим: эмоциональный фон педагогического взаимодействия, определение установки на учебно-познавательную деятельность, моделирование педагогического взаимодействия, организация и управление общением (на английском языке), выстраивание преподавателем системы обратной связи (умение понимать и оценивать, в том числе невербально), управление восприятием, представлениями, памятью, мышлением, воображением, речью, вниманием, волевыми процессами, темпераментом студентов, общий психологический климат занятия.

Было выявлено, что для реализации системы познавательных задач по теме «Биологическая и психологическая основы психики» (дисциплина «Основы психологии и педагогики») образовательно продуктивным явился опыт кафедры анатомии человека, их методы, используемые для изучения нового материала по теме «Центральная нервная система», обоснованность и эффективность их применения, использование на занятии разнообразных источников получения знаний (от схемы на доске до послойного изображения отделов мозга на виртуальном столе) с осуществлением обратной связи в процессе изучения нового материала, оценкой уровня овладения студентами вновь полученных знаний.

На перспективу развития межвузовского взаимодействия и взаимопосещений планируются отработка новых форм анализа занятия: диалог, «Круглый стол», дискуссия.

Таким образом, в современных образовательных трансформациях высшей школы потенциал взаимопосещения занятий реализуется не в полной мере. Ориентация на понимание открытого занятия как источника контроля и оценки уровня профессионализма преподавателя отвергает его как форму повышения квалификации, распространения передового опыта и результат методической работы преподавателя. Существующий опыт кафедры психологии и педагогики УО «ГрГМУ» на неоспоримый потенциал открытого занятия как инструмента формирования образовательных компетенций ППС. Особо продуктивным является проведение межкафедральных и межвузовских открытых занятий. Обмен уникальным опытом кафедр, высших учебных заведений является основанием не только для повышения педагогического мастерства ППС, но и для формирования открытости педагогов новому, инновационному образовательному опыту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, О.А. Стажировка: метод. рекомендации для слушателей переподготовки по специальностям 1-08 01 71 «Педагогическая деятельность специалистов», 1-08 01 73 «Профессиональное обучение» (квалификация «Преподаватель в соответствии с квалификацией по основному образованию») / О.А. Беляева, Т.А. Бобрович. 4-е изд., испр. Минск, 2015.
 2. Бобрович, Т.А. Эффективный анализ открытых учебных занятий // Мастерство online [Электронный ресурс]. – 2015. – 2(3). Режим доступа: <http://ripo.unibel.by/index.php?id=751> Дата доступа: 16 Марта 2018.
 3. Пионова, Р.С. Педагогика высшей школы: учеб.пособие / Р.С. Пионова. – Мн : Высш. шк., 2005. – 543 с.
 4. Реан, А.А. Педагогика. Учебник для вузов. /А.А. Реан.– СПб: Питер, 2005. – 324с.
- Романцов, М.Г. Педагогические технологии в медицине: учеб. пособие / М.Г Романцов, Т.В. Сологуб – М.:ГЭОТАР- Медиа, 2007. – 112 с.

СТРУКТУРА ПРИЧИН НЕГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ: МЕСТО ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бойко С.Л., Спасюк Т.И., Флюрик С.В., Соловьев А.В., Лелявко И.А., Александрович Д.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Для анализа актуальности настоящего исследования был проведен литературный поиск среди русскоязычных библиографических источников, отражающих причины негодности к военной службе в схожих по организации призыва странах, в первую очередь, в Российской Федерации. Так, по данным авторитетных авторов (Куликов В.В., Казенных В.В.) в настоящее время психические расстройства занимают первое место среди причин негодности к военной службе призывников (21,8%) и в структуре причин увольнения рядового состава с военной службы по состоянию здоровья (43,6%)[3, 4]. Интересно, что в структуре заболеваний, по которым военнослужащие по контракту признаются негодными и ограниченно годными к военной службе в России, психические расстройства составляют: 12,8% – среди рядового и сержантского состава, 4,8% – среди офицеров и прапорщиков, 3,1% – среди женщин-военнослужащих [3].

В ряде исследований доказано, что основными причинами, оказывающими негативное влияние на уровень психического здоровья военнослужащих, являются: низкая психологическая устойчивость призывников, трудности адаптации к военной службе и личные проблемы. Существующая тенденция увеличения доли нервно-психических расстройств в общей структуре заболеваемости и увольняемости военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, обусловлена как объективными факторами (социально-демографическими, трудностями донозологической диагностики), так и субъективными (недостатки в организации и проведении

мероприятий профессионального психологического и медико-психологического отбора, психопрофилактики).

Психическое состояние практически здорового человека во многом зависит от способности организма адаптироваться к окружающей среде, от функциональных резервов основных жизненно важных органов и систем. Нарушение функций организма с точки зрения военно-врачебной экспертизы оценивается, прежде всего, с позиции – в какой степени эти нарушения ведут к снижению у гражданина способности исполнять обязанности военной службы и его социальной адаптации. При этом исполнение служебных обязанностей должно быть эффективным и не приносить ущерб здоровью [1,2]. Стоит отметить, что в настоящее время полные данные о структуре причин негодности к военной службе в Республике Беларусь отсутствуют. В связи с этим актуальным является проведение динамической оценки (в сравнительном аспекте по призывам и годам) исследования причин негодности к военной службе и психического здоровья призывного контингента в Гродненской области и в Республике Беларусь.

Предмет исследования: психические и поведенческие расстройства среди причин негодности к военной службе у лиц призывного возраста, проживающих в Гродненской области и в Республике Беларусь.

Цель исследования: провести динамический анализ психических и поведенческих расстройств как причины негодности и временной негодности к военной службе при медицинском освидетельствовании призывников за 2015–2017 гг.

Метод проведения работы: эпидемиолого-статистический анализ.

Работа выполнена как второй этап межкафедральной научно-исследовательской работы «Комплексная оценка состояния психического здоровья лиц призывного возраста» (кафедра психологии и педагогики и кафедра военной и экстремальной медицины УО «ГрГМУ») на 2016-2019 гг.

Проведенный литературный анализ позволил систематизировать нормативные подходы к оценке психического здоровья лиц призывного возраста на разных этапах определения категории годности к воинской службе, среди которых можно выделить следующие:

1. Закон Республики Беларусь «О воинской обязанности и воинской службе» от 5 ноября 1992 года №1914-XII.

2. Постановление Министерства обороны РБ от 02.11.2010 N 44. «Об утверждении Инструкции о порядке организации и проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Беларусь и транспортных войсках Республики Беларусь и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства обороны Республики Беларусь».

3. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.10.2002 № 42/70 «Об утверждении Инструкции о порядке медицинского обеспечения подготовки граждан Республики Беларусь к срочной военной службе, службе в резерве».

4. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. № 51/170 «Об утверждении Инструкции об определении требований к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения (на военные факультеты), военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь».

5. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июля 2012 г. № 33/85 «О внесении изменений в постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2010 г. № 51/170».

Показателями качества медицинского освидетельствования призывников являются:

- результаты контрольного медицинского освидетельствования граждан, проводимого врачами-специалистами областного уровня;
- результаты медицинского осмотра призывников в период их отправок с областного сборного пункта;
- количество граждан, необоснованно призванных на срочную военную службу по состоянию здоровья и досрочно (в первые три месяца) уволенных с военной службы.

Качество работы врачей-специалистов по освидетельствованию призывников на уровне районов (города Гродно) оценивалось врачами-специалистами областной призывной комиссии.

Не было лиц, снятых с отправки в воинские части в связи с психическими нарушениями, что говорит о качественной работе врачей-специалистов по освидетельствованию призывников на местах.

За изучаемый период 2015-2017 показатель временной негодности в Республике Беларусь уменьшился на 7 %. По Гродненской области данный показатель уменьшился на 4,6 % по сравнению с 2015 годом и уменьшился на 7,3% по сравнению с 2014 годом, но в сравнении со средне - республиканскими цифрами – он больше на 3,5 % и является средним среди всех областей Республики.

Основными классами болезней, приведшими к временной негодности призывников в Республике Беларусь являются:

1. болезни системы кровообращения (21,8 %);
2. психические и поведенческие расстройства (19,0 %).
3. болезни органов пищеварения (11,7 %);
4. последствия травм, отравлений и других воздействий внешних факторов (10,9%);
5. болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (9,9%).

К заболеваниям, по которым наибольшему количеству призывников

предоставлялась отсрочка от призыва по состоянию здоровья, относились: отдельные формы нарушения ритма сердца, острые заболевания органов пищеварения, требующие лечения и динамического наблюдения, расстройства поведения и эмоций, требующие наблюдения врачом-психиатром-наркологом для установления окончательного диагноза.

За последние 3 года структура заболеваний, приводящих к негодности граждан призывного возраста, в Республике Беларусь практически не претерпела изменений. Так, по результатам осеннего призыва 2016 г. лидирующие позиции в Республике по-прежнему заняли:

1. болезни костно-мышечной системы (18,9 %);
2. болезни системы кровообращения (13,6 %);
3. врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (12,8 %);
4. психические и поведенческие расстройства (8,6 %);
5. болезни органов дыхания (6,9 %).

По Гродненской области на втором месте (негодность к службе в мирное время) – врожденные аномалии, а на пятом месте – болезни кожи, которые по Республике имеют гораздо меньший процент.

1. болезни костно-мышечной системы (19,3 %);
2. врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения (12,0 %);
3. болезни системы кровообращения (9,7 %);
4. психические и поведенческие расстройства (9,5 %);
5. болезни кожи и подкожной клетчатки (8,2 %).

При оценке контрольного медицинского освидетельствования на областном сборном пункте с 2015 года установлено ежегодное увеличение призывников, годных к военной службе, в среднем +0,4% ежегодно, при общей тенденции снижения количеств лиц, подлежащих освидетельствованию в связи с призывом на службу.

Выводы:

1. В сравнении с общереспубликанским значением показатель годности к военной службе в Гродненской области больше на 2,6% и является третьим по республике.

2. Анализ причин и распределение призывников, признанных негодными к военной службе и временно негодными к военной службе (получивших отсрочки по состоянию здоровья) выявил, что в течение изучаемого периода лидирующее место занимают терапевтические заболевания (около 30%).

3. За изучаемый период выявлена зависимость динамики структуры заболеваний, приводящих к негодности, от категорий годности с постепенным ростом психических и поведенческих расстройств, что требует продолжения работы в данном направлении.

4. По результатам проведенного контрольного медицинского освидетельствования в Гродненской области Республики Беларусь 95,9%

случаев категории годности граждан к военной службе были подтверждены областной призывной комиссией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксаков, И. А. Клинико-социальные аспекты состояния психического здоровья комиссованных военнослужащих срочной службы: автореферат диссертации ... канд. мед. наук / И.А. Аксаков. – Москва, 2007. – 26 с.
2. Говорин, Н. В. Структура психических расстройств у призывного контингента в Забайкальском крае / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, И.В. Кичигина, А.М. Балданов // Забайкальский медицинский вестник. – № 3. – Чита: ИИЦ ЧГМА, 2010. – С. 4–8.
3. Куликов, В. В. Психическое здоровье лиц призывного возраста / В.В. Куликов, С.Н. Русанов, В.Д. Токарев // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 328, № 2. – С. 8–12.
4. Работкин, О. С. Организация медико-психологического обеспечения подготовки и призыва граждан на военную службу: диссертация ... докт. мед. наук. / О.С. Работкин. – М., 2004. – 317 с.

ВЛИЯНИЕ ЗЕРКАЛЬНОЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ И КИСТЕВОЙ ГИМНАСТИКИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КИСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Бут-Гусаим В.В., Ярош А.С., Пирогова Л.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Острые нарушения мозгового кровообращения во всем мире имеют тенденцию к увеличению [1] и являются наиболее частыми видами патологии центральной нервной системы, которые затрагивают не только физический аспект здоровья, но и влияют на когнитивное функционирование и, в значительной степени, ухудшают эмоциональное состояние пациентов [3, 5].

Известно, что эффективность восстановительной терапии зависит от мотивации пациента, на которую в значительной степени влияют тревожная и депрессивная реакции [2, 4].

Цель исследования. Повышение эффективности медицинской реабилитации (МР) пациентов с двигательной дисфункцией кисти, приобретенной вследствие нарушений мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Материалом исследования явились 62 пациента имеющие двигательные нарушения верхней конечности вследствие нарушений мозгового кровообращения, разделенные на две группы сопоставимые по полу и возрасту.

Оценка тревожной и депрессивной реакций выполнялась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale).

Группа I – 34 пациента, которым кроме стандартных методов МР проводились сеансы зеркальной визуальной обратной связи и кистевой гимнастики.

Группа II – 28 пациентов, которые получали стандартный курс МР.

Исследование степени выраженности тревожной и депрессивной симптоматики проводилось в начале и по окончании курса МР.

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием лицензионного пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. До начала курса МР и после его завершения был проведен анализ однородности групп, которые были однородны по показателям выраженности тревожной и депрессивной симптоматики.

Распределение результатов в группе I было следующим: 50,0% респондентов показали отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги, 29,4% - субклинический уровень и 20,6% - клинический уровень тревоги; 35,3% - отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии, 20,6% - субклинический уровень и 44,1% – клинический уровень депрессии. Результаты пациентов группы II были следующими: отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги – 60,7%, 21,4% - субклинический уровень и у 17,9% выявлен клинически выраженный уровень тревоги; 57,2% - отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии, 10,7% - субклинический уровень и 32,1% – клинический уровень депрессии.

После завершения курса МР были выявлены изменения в выраженности изучаемых показателей (рис.1-2).

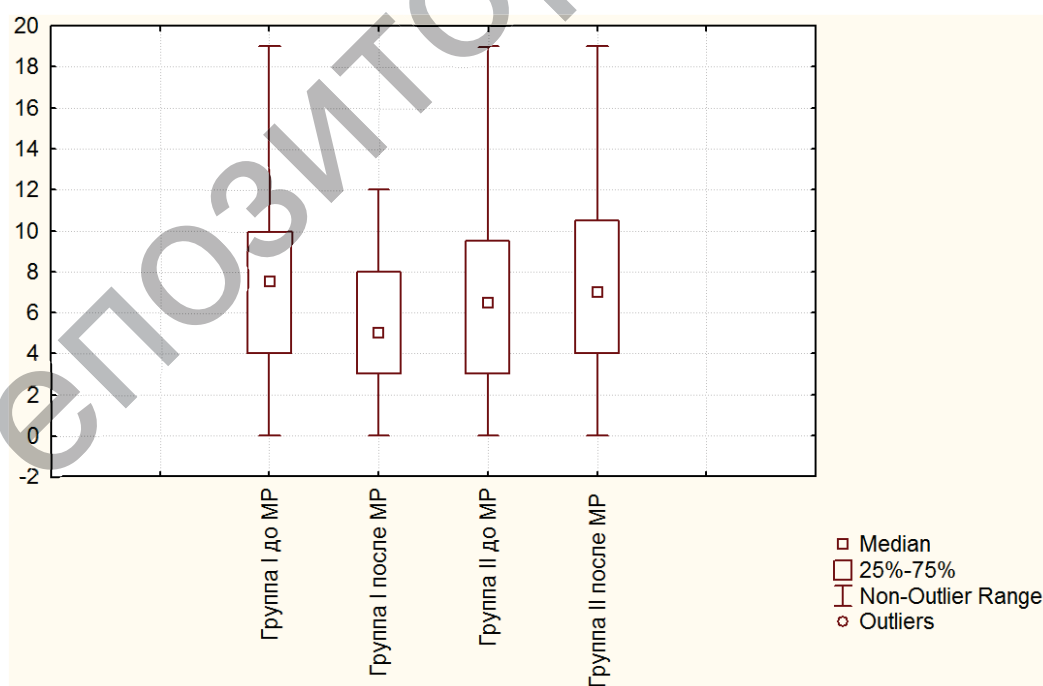


Рисунок 1. – Общий уровень тревожной симптоматики у пациентов до и после курса медицинской реабилитации

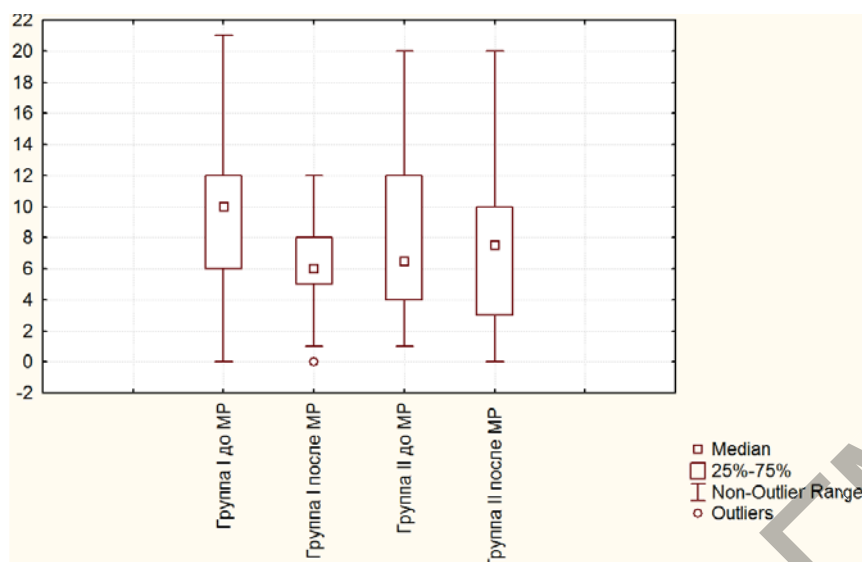
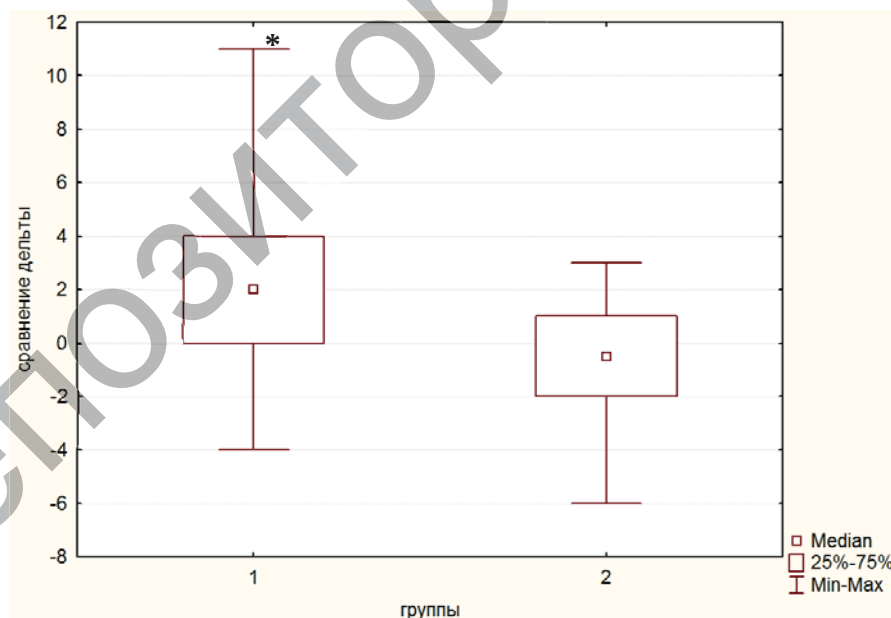


Рисунок 2. – Общий уровень депрессивной симптоматики у пациентов до и после курса медицинской реабилитации

При анализе показателя прироста уровня тревоги было выявлено статистически достоверное увеличение в клинической группе ($p < 0,001$) и отсутствие динамики в группе II ($p > 0,05$) (рис.3), в то время как в абсолютных цифрах в контрольной группе отмечалась отрицательная динамика за счет увеличения процента пациентов с клинически выраженным уровнем тревоги.

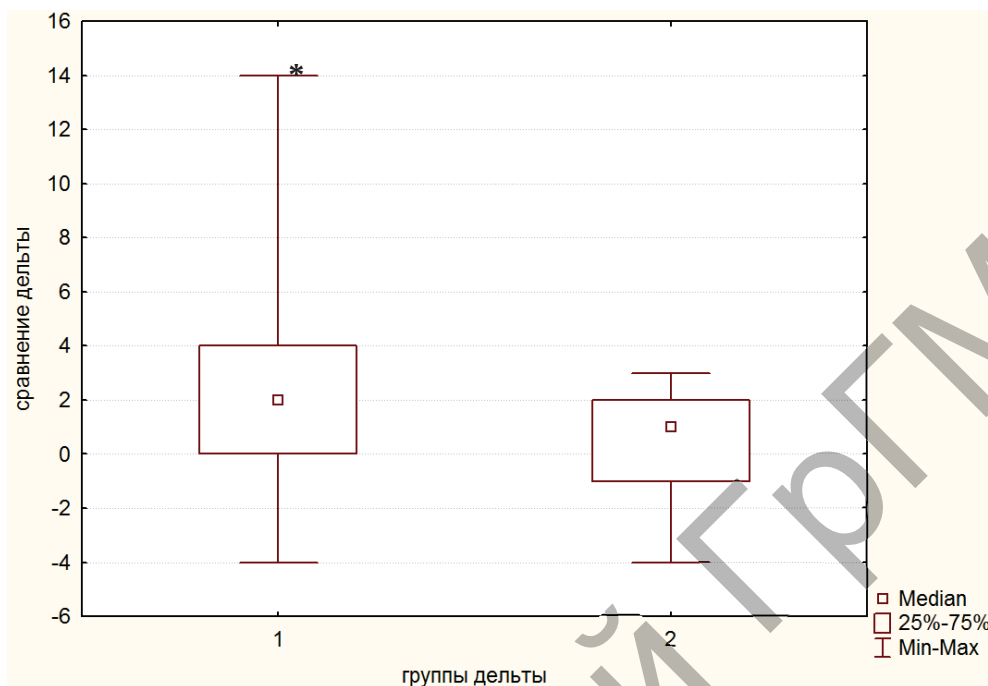


* – $p < 0,001$; при сравнении показателя прироста после курса медицинской реабилитации по Mann - Whitney U-test

Рисунок 3. – Показатель прироста тревожной симптоматики у пациентов после курса МР

Изучение депрессивной реакции также показало статистически значимый прирост в клинической группе ($p < 0,05$) и отсутствие динамики в

группе II ($p>0,05$) (рис.4), тогда как в абсолютных цифрах в контрольной группе также отмечалось уменьшение уровня клинически выраженной депрессии в сторону увеличения проявлений субклинического уровня.



* – $p<0,05$; при сравнении показателя прироста после курса медицинской реабилитации по Mann - Whitney U-test

Рисунок 4. – Показатель прироста депрессивной симптоматики у пациентов после курса МР

Вывод.

По результатам проведенного исследования было выявлено уменьшение уровня тревожной реакции на 33,4 %, и уменьшение депрессивных проявлений на 40% в клинической группе, в то время как респонденты контрольной группы не показали статистически значимых изменений.

Использование зеркальной визуальной обратной связи и кистевой гимнастики в качестве дополнения к стандартному комплексу медицинской реабилитации пациентов с двигательной дисфункцией кисти вследствие нарушений мозгового кровообращения имеет преимущество, по сравнению со стандартными методами медицинской реабилитации, в отношении влияния на психоэмоциональный статус пациентов, что благоприятно сказывается на мотивации в отношении реабилитационных мероприятий и повышает качество медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ психовегетативного статуса у пациентов с ишемическим повреждением головного мозга / В. Б. Смычек [и др.] // Национальный журнал неврологии. – 2012. – № 2. – С. 76-80.
2. Булюбаш, И.Д. Эмоциональное состояние и особенности мотивации в восстановительном лечении пациентов с последствиями спинальной травмы /

И.Д. Булюбаш, И.Н. Морозов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2012. – № 4. – С. 51-54.

3. Изучение приверженности врачевым рекомендациям пациентов, перенесших мозговой инсульт. Роль тревоги и депрессии (результаты регистра ЛИС-2) / Н.Ю. Журавская [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. - № 2 (14). – С. 46-51.

4. Пархоменко, А.А. Предикторы и мотивация готовности больных, перенесших инфаркт головного мозга, и их родственников к реабилитационным мероприятиям и профилактике повторных острых нарушений мозгового кровообращения / А.А. Пархоменко, О.В. Колоколов, М.В. Еругина // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2015. – 2 (XLVII). – С. 42-46.

5. Сиднева, Ю. Г. Эмоциональные расстройства при поражении диэнцефальной области: нейроэндокринные аспекты, особенности диагностики и терапии / Ю. Г. Сиднева, Л.И. Астафьева, О.С. Зайцев // XVI съезд психиатров России : материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы", Казань, 23-26 сентября 2015 г.: тез. докл. / Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; ред.: Н.Г. Незнанов. - Санкт-Петербург, 2015. – С. 745-746.

НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1995-2014 ГОДЫ

Виницкая А.Г., Лелевич В.В., Лелевич С.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В основе оценки масштаба проблемы употребления психоактивных веществ (ПАВ) лежит мониторинг их распространенности. В Беларуси и России ведущее значение для такого мониторинга имеют данные государственной медицинской статистики о контингенте наркологических больных, обратившихся за помощью в специализированные (психиатрические и наркологические) учреждения [3, 4]. Ретроспективные исследования распространенности употребления различных ПАВ среди населения Беларуси и ее регионов необходимы для правильной оценки развития наркологической ситуации и разработки, превентивных мер, направленных на противодействие наркомании и незаконному обороту наркотиков на уровне республики или ее региона.

Целью исследования явилась оценка распространенности наркопотребления в Гродненской области за период 1995–2014 гг. на основании анализа информации наркологических учреждений области.

Методы исследования. Объектом исследования явились пациенты с синдромом зависимости от наркотических и ненаркотических ПАВ (МКБ-10: F11.2–F16.2, F18.2–F19.2) и лица, с пагубным их употреблением (МКБ-10: F11.1–F16.1, F18.1–F19.1), состоявшие на учете в наркологических

учреждениях МЗ РБ в 1995–2014 гг. Анализ информации на потребителей ПАВ проводился по социально-эпидемиологическим и медицинским параметрам, которые рассчитывались из регистрационных карт наркопотребителей, впервые выявленных и снятых с учета в наркологических учреждениях республики. Данные из регистрационных карт вводились в компьютерную базу данных и подвергались статистической обработке. Для расчета показателя «Распространенность потребления психоактивных веществ» (суммарное количество учтенных потребителей наркотических и ненаркотических ПАВ на конец года в расчете на 100 тыс. населения) использовались сведения Национального статистического комитета Республики Беларусь о народонаселении республики и ее регионов.

Результаты и их обсуждение. На 01.01.2015 г. наркологическими учреждениями Гродненской области были зарегистрированы 1817 потребителей ПАВ, что составило 10,7% от общего контингента наркопотребителей республики (16975 наркопотребителей на учете). Показатель «Распространенности потребления ПАВ» для Гродненской области составил 172,3 на 100 тыс. населения области, что было немного ниже среднереспубликанского показателя (179). В пределах области имелись отдельные районы с самыми высокими показателями распространенности потребления ПАВ. Так, в 2014 г. больше всего наркопотребителей на 100 тыс. населения проживали в Волковысском районе (г. Волковыск + район) – 296; в г. Гродно (вместе с Гродненским районом) – 249; и в Лидском районе – 184. В остальных районах Гродненской области численность зарегистрированных наркопотребителей колебалась от нескольких десятков человек до 1-2. Как и в предыдущие годы наблюдения [5], наиболее благополучным районом области остается Дятловский, в котором отсутствовали случаи употребления наркотических и ненаркотических ПАВ.

За период с 1995 по 2014 годы контингент зарегистрированных потребителей ПАВ в Гродненской области изменился качественно и количественно, что определялось динамикой наркологической ситуации в Беларуси. Численность больных наркоманией (токсикоманией) и эпизодических потребителей ПАВ в наркологических учреждениях области выросла более чем в 5 раз, с 329 в 1995 г. до 1817 в 2014 г. За исследуемый 20-летний период снизилась доля женщин – потребителей наркотиков. Так, в 2014 г. среди мужчин и женщин, состоявших на наркологическом учете в Гродненской области, соотношение составило примерно 7 : 1, тогда как в 1995 г. на 5 мужчин-потребителей ПАВ приходилась одна женщина.

Анализ возрастных особенностей контингентов потребителей ПАВ, состоявших на учете в области в 1995 и 2014 г. выявил следующие особенности. На 01.01.1996 г. самой многочисленной возрастной группой наркопотребителей Гродненской области являлись 20-29-летние молодые люди – 60,7%. В дальнейшем произошло постепенное «старение» контингента потребителей ПАВ на наркологическом учете в области. В 2014 г. более 63% наркопотребителей были старше 30 лет.

За исследуемый 20-летний период в Гродненской области значительно выросло выявление лиц, находящихся на начальных стадиях заболевания, что может указывать на улучшение профилактической работы в области. Если в 1995 г. 84,2% наркопотребителей области имели диагноз «синдром зависимости от ПАВ», то в 2014 г. доля наркозависимых лиц уменьшилась до 52,8%. Остальную массу составили лица с диагнозом «пагубное употребление психоактивных веществ».

Во все годы эпидемиологического мониторинга подавляющее большинство наркопотребителей в Гродненской области употребляли опийные наркотики, причем в наибольшей степени – экстракционный опий [2]. В 1995 г. экстракционный опий употребляли 86,3% от всех зарегистрированных наркопотребителей области, и практически 99% всех потребителей опийных наркотиков. В остальных случаях имело место потребление ингалянтов – 5,8%; седативных и снотворных препаратов – 2,4%; психостимуляторов (в основном – эфедрона) – 1,5%, растительных каннабиноидов – 1,2%.

Исследование контингента наркопотребителей Гродненской области в 2014 г., свидетельствует о значительных изменениях, произошедших в предпочтениях отдельных видов ПАВ. Так, за период с 1995 по 2014 годы уменьшилась доля потребителей опийных наркотиков с 87% до 67,1%. Несмотря на сохранение преобладания потребителей кустарного экстракционного опия, в 2014 г. небольшое количество наркопотребителей поступили на учет вследствие употребления героина и метадона (12 случаев). В отличие от Витебской области и г. Минска, Гродненская область отличается наименьшей степенью распространения синтетических опийных наркотиков – героина и метадона [2].

Одновременно в 2014 г. был зафиксирован рост численности потребителей других ПАВ, особенно – каннабиноидов и ряда синтетических ПАВ. Так, в 2014 г. 13,7% наркопотребителей области употребляли каннабиноиды, причем 9,5% предпочитали курительные смеси типа «Спайс», содержащие синтетические каннабиноиды группы JWH. Доля ингаляционных потребителей летучих растворителей выросла до 9,3% в 2014 г. К другим особенностям контингента наркопотребителей области в 2014 г. следует отнести появление лиц, употребляющих инъекционные амфетамины (метамфетамин) и некоторые аналоги известных наркотиков (производные пировалерона – alpha-PVP, МДПВ, АВ-PINACA) [1].

Заключение. Таким образом, за исследуемый 20-летний период в Гродненской области произошло 5-кратное увеличение распространенности немедицинского потребления ПАВ. К положительной динамике следует отнести уменьшение доли женщин – потребителей наркотиков и рост выявления наркопотребителей на начальных стадиях заболевания по отношению к больным синдромом зависимости от ПАВ. Изменение рынка наркотиков в Беларуси способствовало появлению в области случаев употребления инъекционных психостимуляторов и синтетических каннабиноидов в составе курительных смесей. Показательным является постепенное «старение» этого контингента, что характерно и для других

регионов Беларуси [4]. Полученные данные могут быть полезны при формировании государственной политики в области противодействия наркомании, с учетом региональных особенностей наркологической ситуации в Беларуси.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веницкая, А.Г., Эпидемиология «дизайнерских» наркотиков в Республике Беларусь / А.Г. Веницкая, В.В. Лелевич, Ю.В. Сарана // Медицинские новости. – 2016. - № 11 – С. 52-55.
2. Веницкая, А.Г. Региональные особенности опийной наркомании в Республике Беларусь / А.Г. Веницкая, В.В. Лелевич, С.В. Лелевич // Медицинские новости. – 2014. – № 10. – С. 20-23.
3. Кошкина ЕА, Современные эпидемиологические методы мониторинга распространенности употребления наркотиков / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2006. – № 1. – С. 64-73.
4. Наркологическая ситуация в Республике Беларусь и ее региональные особенности / В.В. Лелевич, [и др.] // Наркология. – 2012. – № 11. – С. 70–76.
5. Особенности распространенности потребления наркотиков в Гродненской области / В.В. Лелевич, [и др.]. – Актуальные проблемы медицины. В двух частях. Часть 1: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции (27 января 2015 г.). – Гродно: ГрГМУ, 2015. – Ч.1. – С. 344-346.

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАЧАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ – У ПСИХОТЕРАПЕВТА

¹Водоевич В.П., ²Жмакина Е.А., ³Ларионова И.Н., ³Пашковский А.Р.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница №4 г.Гродно»

³УЗ «Городская клиническая больница №2 г.Гродно»

Количество пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ), во всех странах, в том числе и РБ, России, с каждым годом растет и составляет около 40% взрослого населения. Причем, доля пациентов этой первичной (эссенциальной) АГ среди всех пациентов с АГ составляет 90-95%, в остальных случаях АГ является вторичной (почечной, эндокринной и т.д.) [4]. Это связано с тем, что на диспансерный учет ставятся пациенты со случайным артериальным давлением, «давлением белого халата». Ранее эти пациенты наблюдались с диагнозом НЦД по гипертоническому типу и на учете не состояли. Во вторых, согласно рекомендациям Европейского общества по артериальной гипертензии, лечение АГ, начиная с I ст., следует проводить пожизненно, т.е. выздоровление, даже в начальной степени АГ, невозможно.

Наш многолетний врачебный опыт по лечению АГ позволяет не согласиться с рекомендациями Европейского общества по АГ, т.к. в этих рекомендациях исходят из того, что этиология АГ неизвестна и рекомендуют

назначать только гипотензивные препараты, не воздействуя на центральную и вегетативную нервную системы. Мы провели и свои исследования при лечении пациентов с АГ, назначая им транквилизаторы и антидепрессанты, чтобы уменьшить у них проявления тревожности, депрессии и улучшить сон. В итоге – пришли к выводу, что лечение АГ начальной степени вполне может лечить, даже с большим успехом, психотерапевт.

В настоящее время большинство исследователей относят АГ к психосоматическому заболеванию [4], которое следует лечить трехступенчато: ЦНС – вегетативно-эндокринная система – артериальное давление. Следовательно, подтверждается правильность нейрогенной теории АГ, которую создал российский ученый Г.Ф.Ланг [3]. В том, что нервный фактор является основным в возникновении АГ, автор ссылается на опыт Великой Отечественной войны, в частности блокированного Ленинграда, когда у людей наблюдалось массовое повышение АД. «Психическая травматизация – действительно, как правило, является не только фактором-инициатором или пусковым фактором АГ, но и важнейшим фактором, поддерживающим развитие заболевания, во всяком случае, в первом его периоде» - писал он. Г.Ф.Ланг указывал, что «патогенез АГ в этих ее более поздних фазах уже довольно ясен. Но остается неразрешенным с достаточной четкостью еще вопрос о возникновении как раз основного патогенетического фактора АГ – усиленного тонического сокращения артериол... Этим фактором является длительное, вызванное заторможенными, подавленными отрицательными эмоциями, перенапряжение соответствующих функций коры больших полушарий, гипоталамической области и, может быть, и мозжечка».

В настоящее время нейрогенная теория АГ, созданная Г.Ф.Лангом преподносится как «стресс-индуцированная гипертензия» [5]. Г.Селье наряду со стрессом ввел понятие о дистрессе. Если стресс – это сама жизнь, то дистресс – это несчастье, недомогание, истощение. Этим термином Г.Селье обозначал явление, суть которого заключается в том, что в период между стрессами организм не успевает возвратиться к норме, расслабиться и восстановиться. Причины могут быть различными: или стрессы были очень сильными, или времени между ними прошло мало, или человек не двигался, не работал физически, т.е. не дал нагрузки мышцам и тем самым разрядки организму, остающемуся в состоянии напряжения. Все сказанное о дистрессе очень четко и кратко сформулировал ранее Г.Ф.Ланг в отношении АГ – «болезнь неотреагированных эмоций». Он писал «... это состояние (повышение АД) развивалось довольно остро после периода очень напряженной работы без передышки и без достаточного сна». В своей монографии «Гипертоническая болезнь и атеросклероз» А.Л.Мясников, последующий разработчик нейрогенной теории АГ, еще в 1965 году писал, что нарушения сна отмечались более чем у 90% пациентов с АГ.

И действительно, у пациентов АГ, как правило нарушается сон. В этом мы убедились при обследовании 25 пациентов АГ I ст. в возрасте от 27 до 46 лет, находящихся на амбулаторном лечении [1]. У 14 пациентов АГ проявлялась нейровегетативными кризами и нарушение сна сопровождалось

чувством тревоги, страха, кошмарными сновидениями, поверхностным сном (I гр.). При повышении АД появлялась дрожь в теле и частое сердцебиение. Повышалось в основном систолическое АД и со стороны сердца наблюдалась тахикардия. У 11 пациентов нарушение сна сопровождалось депрессией, навязчивыми мыслями, трудным засыпанием. Повышалось у них больше диастолическое АД (2 гр.). В группе пациентов с нейровегетативными кризами преобладали женщины (9), а во второй группе – мужчины (7). Во второй группе у большинства пациентов отмечался излишний вес – ожирение 1-2 ст. Помимо личной беседы с пациентом, определяли и психоэмоциональное состояние по цветовому тесту Люшера. Считается, что при нормальном психоэмоциональном состоянии испытываемых основные цвета (синий, зеленый, красный, желтый) должны находиться на первых местах, а дополнительные (фиолетовый, коричневый, черный, серый) – на последних. Большинство пациентов, как из I, так и 2 группы не выбрали первыми основные цвета. Причем в I гр. расположение цветов указывало на страх, тревожную настороженность у пациентов, а у пациентов 2 гр. – на пассивность, депрессию, разочарование.

Пациентам I гр. назначался транквилизатор феназепам по 1 мг на ночь (1 таб.), пациентам 2 гр. – антидепрессант amitriptilin в дозе 12,5-25 мг ($\frac{1}{2}$ -1 таб.). Гипотензивное лечение в виде монотерапии (β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ), которое принимали эти пациенты, было отменено. Исследовались общее самочувствие пациентов, число сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое АД исходные и после пятидневного приема вышеуказанных препаратов. Учитывая, что во 2 гр. преобладали мужчины, которые злоупотребляли алкоголем, задерживающим воду в организме, и имели ожирение, кроме amitriptilina им назначался фуросемид – 1 таб. (40 мг) 2 раза в неделю. После 5-дневного приема феназепама у пациентов I гр. достоверно снизилось систолическое АД ($156 \pm 2,4$ и $131 \pm 2,0$ мм рт. ст., $P < 0,001$) и диастолическое ($92 \pm 1,8$ и $77 \pm 1,8$ мм рт. ст., $P < 0,001$) АД. Достоверно произошло урежение ЧСС ($92,7 \pm 2,4$ и $74 \pm 1,3$ в минуту, $P < 0,001$). У пациентов 2 гр. также снизилось систолическое ($146 \pm 2,4$ и $132 \pm 1,9$ мм рт. ст., $P < 0,001$) и диастолическое ($102 \pm 1,9$ и $90 \pm 1,9$ мм рт. ст., $P < 0,001$) АД. ЧСС после приема amitriptilina достоверно не изменилась ($68 \pm 1,7$ и $66 \pm 1,4$ в минуту, $P > 0,2$), т.к. исходной тахикардии у пациентов не было.

В результате приема вышеуказанных препаратов улучшилось общее самочувствие пациентов. В первую очередь улучшился сон. Он стал более глубоким, без кошмарных сновидений, улучшилось засыпание, уменьшились чувство тревоги и депрессии. После пробуждения пациенты чувствовали себя свежими, отдохнувшими. Исчезла та «тяжесть» в голове, особенно в затылочной области, которая чаще наблюдалась у пациентов 2 группы («чугунная голова»).

Определенные трудности возникают при лечении АГ у женщин в климактерическом периоде, когда часто возникают гипертонические кризы с выраженными вегетативными (приливы жара, сердцебиение, кардиалгии,

нарушение ритма сердца, повышение температуры тела и т.д.) и психоэмоциональными (тревожность, депрессия, бессонница и т.д.) нарушениями. Нами проведено лечение этих женщин [2] с учетом исходного тонуса ВНС (симпатикотонус, парасимпатикотонус) и психоэмоционального состояния (тревожность, депрессия). Обследовано 60 женщин АГ II ст., риск 2-3, в возрасте от 40 до 60 лет. Исследование ВНС проводили по врачебному опроснику А.М.Вейна, вегетативному индексу Кердо и другим вегетативным показателям. У 32 женщин преобладал симпатический отдел ВНС и кризы сопровождались тахикардией (I гр.), у 15 – парасимпатический (2 гр.), а у 13 женщин выявлено «равновесие» (норматонус) ВНС (3 гр.). Гипертонические кризы в 3 гр. наблюдались значительно реже, чем у пациенток 1 и 2 групп. По госпитальной шкале депрессии и тревоги в I гр. определялись высокие цифры тревожности – $17,9 \pm 1,1$ балла, а во 2 гр. – депрессии – $17,6 \pm 1,2$ балла. В 3 гр. уровни тревоги и депрессии были достоверно ниже: $11,8 \pm 0,9$ и $11,4 \pm 0,8$ балла – соответственно. Всем женщинам утром назначался лизиноприл в дозе 10 мг внутрь. В I гр. вечером назначался адrenoблокатор пропранолол в дозе 20 мг, а во 2 гр. – антагонист кальция амлодипин в дозе 5 мг. Пациентам I гр. к лечению был добавлен транквилизатор грандаксин в таблетках по 50 мг 2 раза в день, а пациентам 2 гр. – антидепрессант amitриптилин в таблетках по 25 мг – $\frac{1}{2}$ таб. днем и 1 таб. на ночь. После 10-дневного стационарного лечения в обеих группах удалось стабилизировать АД и привести его до целевого уровня на 2 дня раньше, чем в контрольной группе, т.е. у женщин, которые получали только стандартное лечение по протоколам МЗ РБ. Достоверно снизились у них и уровни тревоги и депрессии, чего не происходило в контрольной группе. Следовательно, устранение дисбаланса ВНС (в I гр. с помощью пропранолола, во 2 гр. с помощью амлодипина) и коррекция психоэмоционального состояния повышают качество жизни пациенток с АГ в климактерическом периоде.

Таким образом, произведенные нами простейшие исследования подтверждают правильность нейрогенной теории АГ, созданной Г.Ф.Лангом. В отечественной и зарубежной литературе имеется множество работ, где указывается, что нарушения сна и психоэмоционального состояния пациентов часто предшествует возникновению АГ. Г.Ф.Ланг указывал, что «... именно терапевт должен знать и понимать эту роль ЦНС в этиопатогенезе АГ, чтобы уметь и предупреждать развитие АГ и лечить ее в ее начальных фазах, когда она несомненно излечима». Что же рекомендует Европейское общество по артериальной гипертензии (2013 г.): «клинические исследования показали, что эффекты целенаправленной модификации образа жизни по снижению АД могут равняться эффектам гипотензивной монотерапии, однако назначение лекарственных средств никогда не должно запаздывать, потому что меры по немедикаментозному лечению АГ остаются по-прежнему крайне низкими». И если пациент ознакомится с этими рекомендациями по интернету, то «пойдет» по более «легкому» пути: будет принимать 1-2 таб. гипотензивного препарата и не будет модифицировать свой образ жизни (занятия физкультурой, ограничение в еде, нормализация сна и т.д.) Кстати, на нарушения сна, как фактор риска развития АГ, в Европейских рекомендациях нигде не указано. В

то же время Г.Ф.Ланг и А.Л.Мясников этому фактору придавали первостепенное значение. И действительно, ранее проводимое лечение АГ препаратами раувольфии (резерпин, раунатин), оказывающими седативное действие на ЦНС и симпатический отдел ВНС, а также транквилизаторами, было более эффективным, хотя постоянный прием этих препаратов не практиковался. Современные гипотензивные препараты рекомендуется принимать постоянно (а отменить невозможно, т.к. наступает сразу подъем АД) и с каждым годом дозу их приходится увеличивать, что указывает на коммерческий характер Европейских рекомендаций (фармакобизнес!).

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что лечение АГ в начальной стадии следует передать от кардиологов психотерапевтам. Кто лучше может лечить проявления тревожности, депрессии, нарушения сна? Конечно, психотерапевт! Помимо медикаментозного воздействия, которое мы применяли, он может применить и немедикаментозные психотерапевтические методы воздействия – аутогенные тренировки, гипнотерапию и т.д. Воздействуя на центральные механизмы регуляции АД, мы имеем больше шансов приостановить прогрессирование АГ, чем при лечении этого заболевания только гипотензивными препаратами, которые не могут ликвидировать основную причину заболевания – дистресс, «неотреагированные эмоции». Как это осуществить практически? Ведь пациент сразу не пойдет к психотерапевту, а он пойдет к кардиологу или терапевту, т.к. у него болит сердце или голова. Кардиолог, после физикального обследования, снятия ЭКГ и т.д., т.е. убедившись, что у пациента не поражены еще органы-мишени (сердце, мозг, почки), должен направить пациента к психотерапевту. В идеале было бы лучше, если бы два доктора были в одном лице, т.к. жалобы и объективные проявления со стороны сердца необходимо связать с навязчивыми мыслями, переживаниями. Почему бы не быть врачу с двумя специальностями: кардиолог-психотерапевт? Есть же кардиологи-хирурги, кардиологи-аритмологи, кардиологи-ангиотензиологи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водоевич, В.П. Лечение начальной степени артериальной гипертонии / В.П. Водоевич, О.В. Игнатенко, С.В. Михальчик. «Проблемы профилактики и лечения артериальной гипертензии на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи» 3-я междун. конф. По артериальной гипертензии. – Витебск. – 2005 – С. 197-201.
2. Водоевич, В.П. Особенности лечения артериальной гипертензии в климактерическом периоде / В.П. Водоевич, И.Н. Ларионова, А.Р. Пашковский, Т.В. Салаш. Материалы IX Междун. науч.-практ. конф. «Артериальная гипертензия и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний» – Витебск, 18-19 мая 2017 г. – С. 186-187.
3. Ланг, Г.Ф. Избранные труды. Издательство «Медицина», Москва. – 1975. – 231 с.

4. Сидоров, П.И. Психологическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 568 с.
5. Шевченко, О.П. Стресс-индуцированная гипертония / О.П. Шевченко, Е.А. Праскурничий – Издательство «Реафарм», Москва. – 2004. – 144 с.

ОСОБЕННОСТИ ТИПОВОГО СЕМЕЙНОГО СОСТОЯНИЯ В СЕМЬЯХ С РАЗЛИЧНЫМ СТАЖЕМ СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ

Воронко Е.В., Волохова А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Современные исследования, посвящённые проблеме семейных отношений, получили своё развитие в обозначении тенденций развития современной семьи. Это увеличение количества неполных семей с несовершеннолетними детьми, увеличение количества детей, рожденных вне брака, рост социального сиротства, рост количества одиноких людей, сознательно не вступающих в брак, увеличение количества людей, испытывающих недовольство и неудовлетворенность от брака и семейной жизни. Согласно оценке специалистов в Беларуси в 2016 году на 1000 браков пришлось более 500 разводов.

В современной психологии проблема семейно-обусловленного состояния личности изучена достаточно полно. Однако В.В. Сысенко, М. Боуэн определяют это состояние как состояние человека, обусловленное взаимодействием человека с семьей, нахождением дома [3]. Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий, рассматривают феномен как совокупность состояний глобальной семейной неудовлетворенности, «семейной тревоги», семейно-обусловленного непосильного нервно-психического и физического напряжения, чувства вины [3]. Общая неудовлетворенность возникает, если происходит резкое расхождение между осознаваемыми или неосознаваемыми ожиданиями человека по отношению к семье и реальной семейной жизнью. Имеются одни ожидания, а происходит другое. Следствием этого является осознаваемое или неосознанное состояние фрустрации, порождающее фрустрационное поведение членов семьи, направленное на то, чтобы ситуацию изменить. Если этого не происходит, то тогда это может приводить к болезненным нарушениям и психологическим проблемам [5]. В тоже время удовлетворенность брачно-семейными отношениями зависят от индивидуально-психологических особенностей личности, таких как, ощущение психологической близости, чувство субъективного благополучия, особенности коммуникации в семье, личность субъекта общения. Ю. Е. Алешиной установлено, что удовлетворенность браком зависит от стажа семейной жизни: кривая этой зависимости имеет U-образную форму: в начале, в течение первых двух десятилетий существования семьи, удовлетворенность браком постепенно понижается, достигая своего минимального значения в парах со стажем семейной жизни от 12 до 18 лет, а затем резко возрастает [1, с.114]. Семейная

тревожность – состояние целесообразного подготовительного повышения сенсорного внимания и моторного напряжения в ситуации возможной опасности, обеспечивающее соответствующую реакцию на страх. Проявляется в частом состоянии тревоги. Тревожность возникает при благоприятном фоне свойств системы нервной и эндокринной, но формируется прижизненно, прежде всего в силу нарушения форм внутриличностного и межличностного общения, например, между родителями и детьми. Она обычно повышена: 1) при нервно-психических и тяжелых соматических заболеваниях; 2) у здоровых людей, переживающих последствия психической травмы; 3) у многих групп людей с отклоняющимся поведением. Семейная тревожность проявляет ситуативный характер [4].

Нервно-психическая напряженность – психическое состояние, обусловленное предвосхищением неблагоприятного развития событий. Сопровождается ощущением общего дискомфорта, тревоги, иногда страха. В отличие от тревоги, включает в себя готовность овладеть ситуацией, действовать в ней определенным образом. Степень нервно-психической напряженности определяется многими факторами; важнейшие из них – сила мотивации, значимость ситуации (личностный смысл), наличие опыта подобных переживаний, ригидность психических функциональных структур, вовлеченных в некий вид деятельности. Психическая напряженность не может разрешиться в реальной деятельности, она активирует механизмы психологической защиты. Нервно-психическая напряженность влияет на деятельность человека, выраженной отрицательной эмоциональной окраской поведения, ломкой мотивационной структуры деятельности; приводит к снижению эффективности деятельности и к ее дезорганизации. Также на этом фоне могут возникать семейные конфликты.

В соответствии с особенностями современных семей актуальным представляется исследование семейно-обусловленного состояния семей разных стажных категорий с помощью методики «Семейно-обусловленное состояние» («Типовое семейное состояние»).

Предметом исследования выступило типовое семейное состояние. Цель исследования – определение и выявление психотравмирующих состояний. Метод исследования – опрос. Эмпирическую базу исследования составили: семейные пары с различным стажем семейной жизни: 1 стажная категория – от 2 до 10 лет совместной жизни (7 пар); 2 стажная категория – от 12 до 20 лет (4 пары); 3 стажная категория – от 21 до 35 лет (9 пар).

Результаты проведенной диагностики позволили сделать выводы:

1. В семьях первой стажной категории обнаружено превышение общей шкальной оценки у одного испытуемого, причем наибольший вес имеет шкала нервно-психического напряжения. Среди семей других стажных категорий изменений по этой шкале не было зафиксировано.

2. По шкале семейной тревожности не было обнаружено превышения оценок, однако в двух семьях первой стажной категории констатировано наибольшее расхождение в оценке этого параметра у мужа и жены. В семьях второй стажной категории – в двух семейных парах. В семьях третьей стажной

категории – в трех семьях. Акцентируем, более высокий уровень тревожности констатирован у женщин из этих семей, что подтверждает мнение Т.В. Бендас [2] о большей эмоциональности и эмоциональной восприимчивости женщин.

3. По шкале общей неудовлетворенности значительных расхождений не выявлено. Можно констатировать превышение по этой шкале в одной семье первой стажной категории, двух семьях второй стажной категории и одной семье третьей стажной категории.

4. Суммарный подсчет оценок по трём шкалам позволил отметить: в трёх семьях первой стажной категории и одной семье третьей стажной категории обнаружено значимое расхождение в оценке шкал. В семьях второй стажной категории не выявлено явных расхождений.

5. Значимых различий у семейных пар разной стажной категории по общей неудовлетворенности, нервно-психическому напряжению и семейной тревожности, выявлено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешина, Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю. Е. Алешина. – М.: Класс, 1999. – 208 с.
2. Бендас Т.В. Гендерная психология / Т.В. Бендас. – СПб. : Питер, 2006. – 431 с.
3. Овчарова, Е.В. Удовлетворенность браком в процессе адаптации молодых супругов / Е.В. Овчарова // Прикладная психология и психоанализ. – 2013. – №1. – С.12.
4. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. – М.: Педагогика-Пресс, 1999. – 440 с.
5. Шнейдер, Л.Б. Семейная психология: учебное пособие для вузов / Л.Б. Шнейдер. – М.: Академический Проспект; Екатеринбург: Деловая книга, 2007.

ТРЕВОЖНОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА КАК ИНДИКАТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕЗДОРОВЬЯ

Воронко Е.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Студенческий возраст благоприятен для обучения и профессиональной подготовки: психические процессы (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоции, чувства) и физические функции находятся на пике развития. В то же время, обучение студентов сопровождается рядом специфических особенностей, которые в совокупности могут стать фактором риска для их психологического здоровья. Студенческая среда богата наличием различных стрессогенных факторов: проблемы адаптации, эмоциональное напряжение, проблемы межличностных отношений, неумение рационально организовать своё время, ситуации тестирования, коллоквиумов и экзаменов, самоопределение в будущей профессиональной среде, социальная и

профессиональная неопределённость будущего специалиста в обществе. Необходимым условием полноценного функционирования и развития человека является психологическое здоровье, поэтому важнейшей задачей образовательной системы является его поддержание, сохранение и коррекция, формирование психологически здоровой личности, студента с развитым самосознанием, положительной мотивацией, способностью к саморегуляции, рефлексии. Теоретические и эмпирические исследования психологического здоровья широко представлены как в отечественной, так и зарубежной науке учеными: В.А. Ананьев, Б.С. Братусь, И.В. Дубровиной, Я.Л. Коломинский, Л.В. Марищук, А. Маслоу, Г.С. Никифоров, В.Э. Пахальян, О.В. Хухлаева.

Поведение человека во многом обуславливает тревожность, отрицательно влияя на такие сферы жизнедеятельности, как учёба, межличностные отношения, общение. Свои специфические черты тревожность проявляет в условиях обучения в высшей школе, может стать препятствием для реализации навыков и умений выпускников и негативно влиять на профессиональную успешность, тем самым выступая индикатором психологического нездоровья. Однако, по мнению В. Н. Мясищева [3], А. М. Прихожан [4], Ч. Спилбергера [4], определенный уровень тревожности является обязательной особенностью активной деятельной личности, может выступать стимулирующим фактором, обеспечивая качественное выполнение деятельности.

Обратимся к анализу терминов «тревога» и «тревожность». П. Тиллих [4, с.29-36] утверждает правомерность употребления термина «тревога» и выделяет два основных вида тревоги: экзистенциальную, определяемую как некое врождённое состояние осознания неизбежности смерти и конечности бытия, и неэкзистенциальную (патологическую), понимаемую как неспособность справиться с угрозой, заключающейся в определённой ситуации, к тому же болезненно переживаемую. Н. Д. Левитов [4, с.36-41] акцентирует внимание на том, что в термине «тревога», понимаемом как психическое состояние, обязательно присутствует компонент страха, тем самым относя её к своеобразной форме страха. Помимо этого, в структуре тревоги можно выделить беспокойство, волнение, смятение, вызываемые изменениями в условиях жизни и привычной деятельности, нарушением динамического стереотипа, действием раздражителя, отсрочкой в появлении ожидаемого действия. Автор обращает внимание на необходимость различения тревоги как состояния и тревоги как устойчивой черты характера, он предлагает подчёркивать личностный характер тревоги употреблением термина «тревожность». В свою очередь, тревожность может рассматриваться как отдельный фактор и как проявление другого личностного фактора. Ч. Д. Спилбергер [4, с.41-48] отмечает, что тревога может пониматься тремя:

1. Как преходящее эмоциональное состояние, характеризующее субъективными ощущениями напряжения, мрачных предчувствий и активацией автономной нервной системы и обозначается термином «тревога».

2. Как эмоциональный процесс, а именно, последовательность когнитивных, аффективных и поведенческих реакций, актуализирующихся в результате действия стрессогенных факторов. Для обозначения различных

аспектов временной последовательности событий, проявляющихся в состоянии тревоги, автор предлагает использовать термины «страх», «угроза», «стресс», тем самым помогая более полноценно определять состояние тревоги.

3. Как личностное свойство, не проявляющееся непосредственно в поведении, но уровень которого можно определить исходя из того, как часто и как интенсивно возникает это состояние у человека. Но тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

Понимая тревогу как ощущение неопределённой угрозы, возникающую в результате фрустрации, Ф. Б. Березин [4, с.63-68] подчёркивает, что характер и время возникновения тревоги заранее не поддаётся предсказанию. Неосознаваемость причин, вызвавших тревогу, может быть связана с отсутствием или бедностью информации, с неадекватностью ее логической переработки или неосознаванием факторов, вызывающих тревогу в результате включения психологических защит. Возникновение ощущения тревоги связано с патогенными факторами функционирования церебральных структур. Можно согласиться с А. М. Прихожан [4, с.68-74], предложившую понимать тревожность как особое сочетание характера переживания, осознания, невербального и вербального выражения в поведении, общении и деятельности, подчёркивая тем самым её личностный аспект. Это личностное образование характеризуется сложным строением, обладает собственной побудительной силой и выступает как мотив. Автор выделяет две основные категории тревожности: открытую, проявляемую в поведении в виде состояния тревоги, и скрытую, проявляющуюся либо чрезмерным спокойствием и отрицанием неблагополучия, либо специфическими способами поведения. В. М. Астапов [4, с.74-79] предлагает рассматривать тревогу как субъективный фактор, организующий деятельность личности в целом, через функциональный подход (функция поиска и обнаружения тревоги или функция оценки сложившейся ситуации).

Обобщая сказанное, подчеркнём, что термин «тревога» описывает состояние человека, выражаемое ощущениями и эмоциями, термин «тревожность» описывает личностное свойство, позволяющее описывать и прогнозировать поведение человека.

Для изучения тревожности, как параметра, позволяющего оценить уровень психологического здоровья, для оценки *ситуативной и личностной тревожности* использовалась «Шкала самооценки тревоги Ч. Д. Спилбергера». В этой методике Ч. Спилбергер и Ю. Л. Ханин используют два значения термина «тревожность» – тревожность как состояние и тревожность как свойство личности.

Результаты диагностики ситуативной и личностной тревожности студентов всех факультетов ГрГМУ, представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. – Количественные показатели уровня ситуативной тревожности у студентов (данные представлены в абс. числах и в %)

Факультет	Всего студентов на факультете	Уровни ситуативной тревожности			Среднее значение
		низкий	умеренный	высокий	
Л	369	66 (17,89%)	238 (64,50%)	65 (17,61%)	37,84±0,85
МД	50	15 (30%)	29 (58%)	6 (12%)	35,54±2,45
П	101	17 (16,83%)	65 (64,36%)	19 (18,81%)	38,63±1,66
МП	53	8 (15,09%)	33 (62,25%)	12 (22,64%)	39,00±2,26
всего	573	106 (18,50%)	365 (63,70%)	102 (17,80%)	p>0,05

Анализируя полученные в результате диагностики данные, можно представить следующее распределение результатов.

По шкале ситуативной тревожности 102 (17,80%) респондента были отнесены к группе с высоким уровнем тревожности, 365 (63,70%) респондентов составили группу с умеренным уровнем тревожности. Обратим внимание на тот факт, что исследование проводилось в начале учебного года (в сентябре) и повышенный уровень тревожности мог быть эмоциональной реакцией на учебную ситуацию. 106 (18,50%) респондентов были отнесены к группе с низким уровнем тревожности, что может сказываться на результатах деятельности. Повторим, что определённый уровень тревожности является необходимым условием успешности деятельности.

Таблица 2. – Количественные показатели уровня личностной тревожности у студентов (данные представлены в абс. числах и в %)

Факультет	Всего студентов на факультете	Уровни личностной тревожности			Среднее значение
		низкий	умеренный	высокий	
Л	369	3 (0,82%)	164 (44,4%)	202 (54,74%)	46,49±0,76
МД	50	1 (2%)	23 (46%)	26 (52%)	45,64±1,88
П	101	0 (0%)	34 (33,66%)	67 (66,34%)	48,27±1,23
МП	53	1 (1,89%)	18 (33,96%)	34 (64,15%)	48,13±2,05
всего	573	5 (0,87%)	239 (41,71%)	329 (57,42%)	p<0,05

По шкале личностной тревожности 329 (57,42%) респондентов были отнесены к группе с высоким уровнем тревожности, 239 (41,71%) респондентов составили группу с умеренным уровнем тревожности, 5 (0,87%) респондентов были отнесены к группе с низким уровнем тревожности. Обнаружены статистически значимые различия ($U = 39016,5$; $p < 0,001$) по этому показателю у девушек ($47,88 \pm 0,62$) и юношей ($43,48 \pm 1,37$), что совпадает с результатами, полученными в работах [1, 2]. Более высокие показатели личностной тревожности у девушек могут объясняться, возможно, их большим беспокойством в отношении учебных и межличностных ситуаций, в ожидании отрицательной оценки со стороны сверстников и преподавателей, более ранним формированием экспрессивного поведения [1].

Обратим внимание на тот факт, что у половины респондентов обнаружен высокий уровень личностной тревожности. Эти особенности, на наш взгляд, можно объяснить двумя фактами. Первый – социальная ситуация в стране (низкие заработные платы, высокая стоимость обучения). Второй, вслед за А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян [5], – одной из тенденций эмоциональной жизни современного человека, а именно, возрастанием частоты и интенсивности эмоциональных нагрузок, сопровождаемых переживанием тревоги, беспомощности, страха, отчаяния.

Сравнение средних значений уровня выраженности ситуативной тревожности студентов разных факультетов не показало статистически достоверных различий, однако, анализ процентных долей уровня выраженности тревожности студентов разных факультетов показал, что высокий уровень ситуативной тревожности характерен для студентов МПФ (22,64%), а высокий уровень личностной тревожности – для студентов ПФ (66,34%) и МПФ (64,15%). Различия по показателю личностной тревожности подтверждаются и статистически ($N = 7,8871$; $p < 0,05$). Эти результаты, возможно, может объяснить специфика, грядущей специальности: для студентов ПФ – высокая ответственность за результаты работы с детьми, а для студентов МПФ – возможность некорректного вмешательства в психическую жизнь личности, равно как и индикатор психологического нездоровья.

Полученные результаты демонстрируют характерный для большинства студентов 2 курса медицинского университета высокий уровень личностной тревожности и определяют необходимость психологического сопровождения студентов с целью создания условий для развития и саморазвития личности. Студенты нуждаются в специальных знаниях и навыках успешного управления поведением в стрессогенных ситуациях, формировании чувства уверенности в себе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бендас, Т. В. Гендерная психология : учеб. пособие / Т. В. Бендас. – СПб. [и др.] : Питер : Питер Принт, 2006. – 430 с.
2. Ланцова, Н. Н. Психологическое исследование аффективных состояний у студентов: гендерные аспекты / Н. Н. Ланцова, Е. Ю. Лазарева, Е. Л. Николаев // Вестн. Чуваш. ун-та. – 2013. – № 2 – С. 97–101.
3. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л. : Изд-во Ленингр. гос. ун-та, 1960. – 426 с.
4. Тревога и тревожность : хрестоматия / сост. и общ. ред. В. М. Астапова. – М., 2008. – С. 74–79.
5. Холмогорова, А. Б. Культура, эмоции и психическое здоровье / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Вопросы психологии. – 1999. – № 2. – С. 61–74.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ДИСТАНЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ

Воронко Е.В., Юшкевич И.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема толерантности в настоящее время приобрела особую актуальность в связи с процессом глобализации, сталкивающим религиозные, национальные и этнические идентичности различных культур и народов.

Толерантность – это определенная мировоззренческая и нравственно-психологическая установка личности на то, в какой мере ей принимать или не принимать различные, прежде всего чуждые, идеи, обычаи, культуру, нормы поведения [1, с.55], основная ее суть – терпимость к «чуждому», «иному»; характеризует личные качества человека, нравственную зрелость и культуру, обуславливает его отношения с другими людьми. Общая толерантность описывается несколькими показателями: этническая толерантность, социальная толерантность и толерантность как черта личности [3, с.46]. Этническая толерантность проявляется в различных критических ситуациях межличностного и внутриличностного выбора, сопровождается психологической напряженностью. Толерантность как социальный феномен, обусловлена типом социального взаимодействия и его культурными регуляторами, включая ценностные понятия и связана с культурным уровнем индивида, или группы, и продиктована не подчинением обстоятельствам, но признанием ценности свободы. Толерантность как черта личности рассматривается как отсутствие или ослабление реагирования на какой-либо неблагоприятный фактор в результате снижения чувствительности к его воздействию [3].

Для определения отношения человека к разным этническим группам, Г.У. Солдатова использует термин «этническая граница», в то время как Э.С. Богардус использует термин «социальная дистанция». Это психологический результат универсальной для всего живого на земле тенденции разделять мир на «чужих» и «своих» на основе этнической принадлежности. Отношение к другим как к «чужакам» означает существование пределов взаимопонимания, различий в суждениях, ценностях, способах поведения. Отношения выражаются в виде этнической идентичности, этнических установок и стереотипов, этнокультурных ценностей. Чем значительнее социальная дистанция между индивидами и группами, тем меньше они взаимно влияют друг на друга. Социальная дистанция возникает для поддержания социального статуса, следовательно, удерживая других на расстоянии, человек поддерживает свое положение в обществе. [4, с. 23].

С целью изучения толерантности и социальной дистанции у студентов было проведено исследование, выборку которого составили студенты Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ) (N=52) и студенты Гродненского государственного университета имени Янки Купалы (ГрГУ) (N=52).

Были использованы следующие методики:

1. Экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Г. У. Солдатова, О. А. Кравцова, О. Е. Хухлаев, Л. А. Шайгерова), отражающий как общее отношение к окружающему миру и другим людям, так и социальные установки в различных сферах взаимодействия, где проявляются толерантность и интолерантность человека. [2, с.46].

2. «Шкала социальной дистанции (шкала Э. С. Богардуса, вариант Л. Г. Почебут)». С помощью этой шкалы оценивается степень социально-психологического принятия людьми друг друга. Она используется для измерения дистанции, связанной с расовой или национальной принадлежностью, возрастом, полом, профессией, религией. [2, с. 180].

Результаты диагностики толерантности представлены на рисунках 1-2.



Рисунок 1. Результаты диагностики по экспресс-опроснику «Индекс толерантности» у студентов ГрГМУ

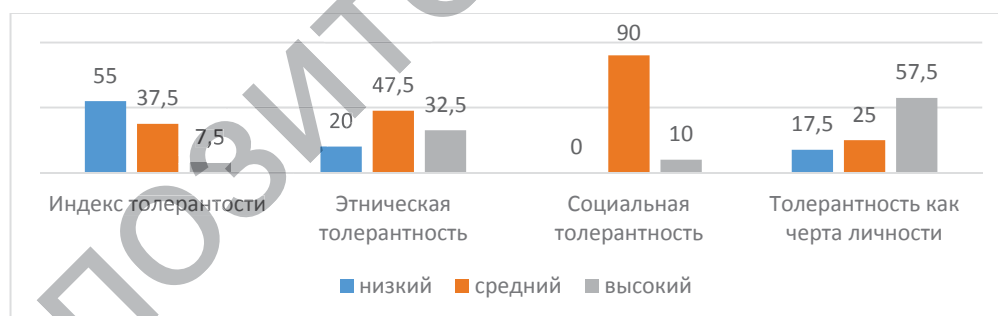


Рисунок 2. Результаты диагностики по экспресс-опроснику «Индекс толерантности» у студентов ГрГУ

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод, что для большинства студентов-медиков присуще сочетание толерантных и интолерантных черт, которые они проявляют в зависимости от ситуации, в то время как для большинства педагогов характерно наличие выраженных интолерантных установок по отношению к окружающему миру и людям. Уровень выраженности этнической толерантности, характерный для студентов как медицинского, так и педагогического вузов, свидетельствует о достаточно толерантном отношении студентов к представителям других этнических групп

и о позитивных установках в сфере межкультурного взаимодействия. Все студенты медицинского вуза и большинство студентов педагогического вуза проявляют как толерантные, так и интолерантные черты в отношении различных социальных групп (сексуальных меньшинств, преступников, психически больных людей) и некоторых социальных процессов.

Результаты диагностики социальной дистанции представлены на рисунке 3.

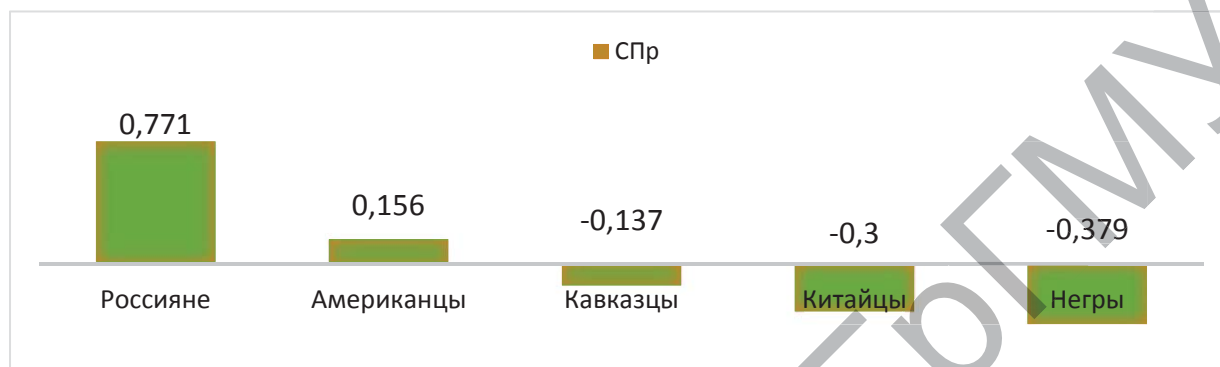


Рисунок 3. Результаты диагностики по методике «Шкала социальной дистанции» у студентов ГрГУ и ГрГМУ

Представленные результаты показывают большую приемлемость студентами медицинского и педагогического вузов представителей такого этноса, как россияне, что может свидетельствовать о интеграции, близости, о толерантном отношении, о стремлении студентов к сближению с представителями данного этноса, к приемлемости представителей как соседей, друзей, близких родственников. Отмечается автономность студентов по отношению к американцам, что говорит о большой социальной дистанции, о отсутствии стремления к интеграции с ними, о нежелании близко общаться с представителями данного этноса. У студентов обоих вузов наблюдается наличие явного или скрытого межэтнического конфликта, это говорит об общей этнической нетерпимости, о существовании предубеждений и предрассудков у студентов по отношению к другим народам в целом, и в частности, к кавказцам, китайцам и неграм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов, В. М. Толерантность: состояние и тенденции / В.М. Соколов // Социологические исследования : Ежемесячный научный и общественно-политический журнал. – 2003. – №8. – С. 54-63.
2. Солдатова, Г. У. Психодиагностика толерантности личности / Г.У. Солдатова, Л.А. Шайгерова. – М.: Смысл, 2008. – 172 с.
3. Стефаненко, Т. Г. Этнопсихология / Т. Г. Стефаненко. – М.: Аспект Пресс, 2003.
4. Почебут, Л. Г. Кросс-культурная и этническая психология: учеб. пособие / Л. Г. Почебут. – СПб. : Питер, 2012. – 336 с.

ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕВРОЗОВ

Геращенко А. Л., Королева Е.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы

Многообразие классификационных разделений неврозов, предлагаемых разными авторами, показывает, прежде всего, отсутствие одного взгляда на механизмы их развития и этиологию.

В отечественной и зарубежной литературе невротические расстройства рассматриваются как вариант реактивного состояния, отвечающего критериям К.Ясперса:

- 1) в основе лежит длительно сохраняющаяся, эмоционально значимая психотравма, подвергающаяся психологической переработке, с формированием и закреплением патологических форм реагирования;
- 2) психотравма должна звучать в переживаниях больного;
- 3) после дезактуализации психотравмы реактивное состояние исчезает.

Однако если первые два критерия не вызывает особых возражений, то с третьим трудно согласиться, поскольку невротическое расстройство редко оканчивается полным выздоровлением. Из этого следует, что хотя психотравматизацию преимущественно относят к ведущим причинам невротических расстройств, ее патогенное значение определяется взаимоотношениями с другими предрасполагающими условиями: генетически обусловленная «почва» и приобретенное предрасположение (психосоциальные факторы).

Если в прежней литературе часто встречалось мнение о том, что неврозы развиваются у психопатических личностей, в отечественной литературе прочно утвердилось мнение, что неврозы могут возникать у лиц без психопатических черт характера. И невроз может быть единственным эпизодом в жизни под влиянием действительно патогенной психотравмирующей ситуации.

Хотя психотравматизация - ведущая причина невроза, ее патогенное значение определяется сложнейшими взаимоотношениями с множеством других предрасполагающих условий (генетически обусловленная «почва», и "приобретенное предрасположение"). Отсюда множество, основанных лишь на интуитивном опыте, не всегда подтверждающихся предположений.

Диагностика с позиций клинико-морфологического подхода упускает индивидуально-личностные особенности пациента, что впоследствии может привести к неполной оценке проявлений расстройства у конкретного человека. Следовательно, изучение личностных черт пациентов с расстройствами невротического ряда приводит к более глубокому пониманию течения заболевания, его влияния на личностные особенности индивидуума в аспекте компенсации-декомпенсации.

Говоря о причинах развития невроза можно считать, что особенности личности и ее взаимоотношение с окружающей средой, неправильное осознание окружающих раздражителей являются как бы ближайшими причинами развития патологии. Тогда отдаленной причиной можно считать,

историю развития личности, (тоже условно), т.к. сама личность представляет в каждый данный момент результат индивидуальной истории развития:

- как биологического: генетического, конституционального, экзогенно-органического

- так и социально-психологического: определенные семейные, культуральные, экономические, экологические, политические условия.

Г. К. Ушаков по этому поводу говорит о том, что «континуум реакция-почва» оказывается краугольным камнем, который лежит в основе практически всех изменений жизнедеятельности организма».

Взаимодействие «реакции-почвы» (А. И. Захаров, 1966, К. Sadowsky, 1984), приобретает патогенетическую значимость при разных типах аномального развития (дизонтогенезе).

Е. Slater, Y. Cowie (1971) пишут о том, что генетический "вклад" в заболевание неврозом может осуществляться на двух уровнях:

- во-первых, предрасполагая к развитию различных черт личности,
- во-вторых, предрасполагая к индивидуальной непереносимости определенных стрессов с образованием специфических симптомов. Генетические исследования показывают, что эмоциональные характеристики, аналогичные тревоге человека, зависят от множества генетических факторов.

Стрессы окружения являются, вероятно, главным, что способствует декомпенсации и развитию невроза, но тип невроза - зависит от генотипа.

Патогенными могут оказаться однократные сверхсильные или многократно действующие более слабые раздражители. Сила психотравмирующего воздействия определяется не интенсивностью сигнала, а значимостью информации для данного индивидуума.

Часто патогенными являются события, ведущие к возникновению конфликта, не разрешимого для данного человека, т.е. приводящие к осуществлению противоречивых стремлений.

Одной из важных базовых составляющих невроза признается наличие конфликта, проблемы. Но множество людей имеют проблемы и не являются больными неврозом. Их основное отличие от невротика в том, что они прекрасно осознают свои проблемы, хотя и страдают от них и не всегда могут справиться с ними. Невротик же не осознает сущности своего страдания, не понимает конфликта, лежащего в основе его страдания. На это неоднократно указывают в своих работах психоаналитики.

В.В.Ковалев (1976) пишет об огромном значении прижизненных влияний на формирование предневротической и невротической личности с появлением в определенных условиях акцентуированных или даже патологических черт в характере индивида.

Для больных неврозами в большей степени характерны конфликты в сфере эмоциональных отношений, а также выраженная инфантильная, Эгоцентрическая и пассивная позиция в межличностном взаимодействии, что подтверждает положение о доминирующей роли внутренней невротической проблематики и внутренних конфликтов в происхождении невротических расстройств.

Понятие позитивной диагностики неврозов представлено в трудах В.Н.Мясищева. Позитивная диагностика вытекает из признания содержательной природы категории “психогенного”. Она включает в себя следующие основные положения:

1. Психогения связана с личностью больного, с психотравмирующей ситуацией, с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее.

2. Возникновение и течение невроза связаны с патогенной ситуацией и переживаниями личности, наблюдается определенное соответствие между динамикой состояний больного и изменениями психотравмирующей ситуации.

3. Клинические проявления невроза по своему содержанию в определенной степени связаны с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, с основными наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных ее переживаний.

4. Отмечается более высокая эффективность психотерапевтических методов по отношению ко всему заболеванию и отдельным его клиническим проявлениям по сравнению с биологическими воздействиями.

Ряд исследователей считают, что первичной причиной невроза является не наличие конфликта, а нарушения в области характера, что конфликт происходит между чертами характера и что для излечения необходимо раскрытие структуры этого характера (К. Харни, 1996).

Актуальность исследования обусловлена также тем, что по данным различных исследований процент коморбидности невротических и личностных расстройств варьирует в диапазоне от 59 до 83% (W.J. Livesley).

С одной стороны диагностика нередко ограничивается выявлением симптомов, находящихся «на поверхности», сравнительно легко выявляемых в процессе интервьюирования и кратковременного наблюдения, существование более устойчивых психических нарушений, таких как расстройство личности, при этом упускается из вида.

Целью исследования явилось исследование удельного веса конфликтных и стрессовых ситуаций и влияние акцентуаций черт личности в развитии неврозов.

Задачи:

1. Удельный вес стрессоустойчивости в развитии невроза.
2. Удельный вес конфликтогенности в развитии невроза.
3. Роль акцентуаций характера в развитии невроза.

Материалы и методы исследования явилось 75 (59 женщин и 16 мужчин в возрасте от 25 до 65 лет) пациентов отделения пограничных состояний учреждения «Психиатрия-наркология» и психосоматическое отделение 3 гор. клинической больницы. Методами были анкета по конфликтологии, Тест на стрессоустойчивость и Психодиагностический Миннесотский многофазный личностный опросник (MMPI).

Результаты исследования.

По результатам анкетирования по конфликтологии:

менее 13 баллов: 14 пациентов (18,7%)

13 - 36 баллов: 50 пациентов (66,7%)

более 36 баллов: 11 пациентов (14,7%)

Таким образом, в этиологии данной группы неврозов только 14, 7% можно связать с наличием конфликтов и стрессов. У большей части неврозы развились в результате конфликтов средней степени выраженности или легких, которые имеются у большей части населения. Отсюда можно сделать вывод о том, что в развитии неврозов основную роль играют другие составляющие, а не психогении, как длительное время считалось.

Обработка результатов по ММРІ показала отклонения от адаптивного уровня (верхняя граница 70Т) у 100% обследуемых, причем в большинстве случаев сразу по нескольким шкалам.

Наиболее многочисленные группы пациентов имели повышение значений выше принятой нормы в 70Т одновременно по семи, восьми и девяти шкалам.

Так, отклонения по двум шкалам были отмечены в 7,45% пациентов, по трем – в 8,94%, по четырем – в 7,45%, по пяти – в 11,92%, по шести – в 8,94%, по семи – в 11,92%, по восьми – в 16,39%, по девяти шкалам - в 23,84%, по десяти – в 2,98%.

У группы пациентов с отклонениями по нескольким шкалам одновременно обнаружены преимущественно следующие заострения черт личности: по шкале невротического сверхконтроля (ипохондричности) – у 81,81%; пессимистичности (депрессивности) – у 100%) эмоциональной лабильности (истеричности) – у 72,72%; импульсивности – у 90,9%; мужественности-женственности – 9,09%; ригидности (паранойальности) – у 90,9%; тревожности – у 100%; индивидуалистичности – у 100%; социальной интроверсии у 27,27%.

В итоге рассмотрения данного вопроса, хотелось бы сделать следующие **выводы:**

1. Основной возраст развития неврозов - это 46-62 года (в 49% случаев).
2. Неврозы развиваются по нашим данным преимущественно у пациентов с высшим или средним специальным образованием (74%) и работа преимущественно связана с умственной деятельностью (45% случаев).
3. Только 14.7% пациентов по нашим данным переживали серьезные стрессы, у большей части конфликтные и стрессовые ситуации наблюдались в легкой и средней степени выраженности.
4. По нашим данным ведущим фактором в этиологии невротических расстройств является биологическая predisпозиция, которая под влиянием среды, в период, когда личность формируется, определяет характерные личностные особенности. Все остальные факторы по отношению к неврозу играют лишь триггерную (пусковую) роль.
5. Рассмотрение вопроса этиологии обратило наше внимание на то, что нозологии, входящие в рубрику F4 МКБ-10 имеют недостаточно четкие диагностические критерии, и для собственно невротических расстройств, они

носят также размытый характер. Это создает проблемы при подборе терапевтической программы.

6. Полученные данные дают возможность акцентировать внимание и рекомендовать при истинных невротических расстройствах психотерапию направленную на лечение и коррекцию личностных особенностей пациента с опорой на его “сильные” стороны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцупов А. Я., Конфликтология / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов // Москва /- Изд-во Юнити, 2004. – 552 с.
2. Кибанов, А.Я. Конфликтология / А.Я. Кибанов// Москва Изд-во Инфра-М, 2007. – 302 с.
3. Мясищев, В.Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев // Издат. Ленинградского университета. – 1960.
4. Невроз и рост личности. Борьба за самореализацию / Пер. с англ. Е.И. Замфир. – М.: Академический Проект, 2008. – 400с.
5. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г. К. Ушаков // М.: Медицина, 1987.- 2-е изд., перераб. и доп. – С. 12–35.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Глебко О.П. Кралько А.А.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Старший подростковый возраст – «критический период», в котором происходит глубокая биологическая перестройкой организма, эндокринные и психоэмоциональные изменения. Вследствие изменения общей и нервной реактивности повышается риск возникновения различных пограничных нервно–психических расстройств и связанных с ними поведенческих девиаций [Березин, с. 55-56]. В подростковом возрасте возможны резкие и не всегда прогнозируемые проявления *саморазрушительного* поведения.

Проявление подросткового алкоголизма достаточно хорошо коррелирует с *личностными* характеристиками. Больные алкоголизмом, проявляющие выраженные черты *гиперактивации* в детстве, характеризовались высоким уровнем пяти химических шкал по ММРІ, а также более частыми нарушениями эмоциональной сферы [Бетелева].

Со шкалами ММРІ, согласно исследованиям Бетелевой, наибольшим образом связан фактор «социализация» - внимание к личности подростка и его интересам со стороны близких [Бетелева, с.24].

Настоящее исследование представляет собой *подготовительный этап* в рамках проекта разработки программы реабилитации для несовершеннолетних лиц, употребляющих психоактивные вещества. Основная *задача* данного этапа – сравнительный анализ тестовых показателей обеих групп для *выявления*

личностных паттернов, способствующих формированию зависимости от психоактивных веществ и поддержанию данного состояния.

Целью данного исследования являлось выявление личностных паттернов, способствующих формированию зависимого поведения.

Материалы и методы. Базу исследования составили 200 подростков, в основной (100 человек) – подростки, состоящие на диспансерном учете в Минском городском клиническом наркологическом диспансере – и контрольной (100 человек) – учащиеся школ и лицеев г.Минска, на данном виде учета не состоявших – групп. Возраст исследуемых - от 14 до 17 лет.

Для оценки наркологического статуса применялись методики: Белорусский индекс тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [Позняк, 2001], тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) [Ван дер Берг К. и др., пер. Позняк, 1984г.], скрининговая методика оценки хронической алкогольной интоксикации - CAGE [Петров и др. 2003, С. 86-87]. Для исследования патологических личностных паттернов подростков использовались психометрические методики: «Мотивация потребления алкоголя» для исследования мотивов аддиктивного поведения [Завьялов, 1998г.], методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма (E. Heim), адаптированная неврологическим институтом им. В.М. Бехтерева [Набиуллина и др. 2003, С. 23-29], тест-опросник «Аддиктивная склонность» В.В. Юсупова [Юсупов и др., 2007]. Из методов математической обработки данных – корреляционный анализ (непараметрический R-критерий Спирмена), регрессионный анализ, сравнительный анализ (H-Крускала-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни). Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ STATISTIKA 6.0.

Таблица 1 - Сравнение диагностических показателей Б-ИТА в основной и контрольной группах

Переменные Б-ИТА	Rank Sum1*	Rank Sum2*	U	Z	p-level	Valid N	Valid N
Физическое здоровье	9880	10220	4830	-0,42	0,678	100	100
Алкоголь	11316	8784	3734	3,09	0,0020	100	100
Наркотики	10450	9650	4600	0,98	0,3284	100	100
Психическое здоровье	10924	9176	4126	2,14	0,0327	100	100
Семья и взаимоотношения	12063	8037	2986	4,92	0	100	100
Закон	13199	6900	1850	7,70	0,0	100	100
Обучение и образование	8506	11594	3456	-3,77	0,0002	100	100
Финансы	12644	7456	2405	6,34	0,0	100	100
Организация досуга	9606	10494	4556	-1,09	0,278	100	100

*Rank Sum1 – основной группы; Rank Sum2 – контрольной группы.

В контрольной группе в проблемных областях «физическое здоровье», «организация досуга», «обучение и образование» уровень напряжения выше в сравнении с основной группой.

Согласно результатам сравнительного анализа, подростки, видящие основной интерес в получении образования и сосредоточенные на учебном процессе, в меньшей степени заостряют внимание на других сферах жизни и межличностных отношений, в том числе на употреблении психоактивных веществ, являющемся элементом псевдокультурного поведения, как то следование общекультурным традициям.

Формирование зависимого поведения. Согласно данным теста «AUDIT», 93% подростков основной группы неотягощены наличием алкогольной зависимости, у 2% подростков имеется сформированная алкогольная зависимость, а 5% подростков находятся в зоне риска ее формирования (рисунок 1).

Подростки контрольной группы (100%) неотягощены наличием алкогольной зависимости. Применяя метод χ^2 -критерий, мы сравнили показатели теста «AUDIT» основной и контрольной групп. Были выявлены статистически значимые различия ($\chi^2=15,05$, $p<0,01$). Среди подростков основной группы чаще отмечаются случаи наличия алкогольной зависимости либо высок риск ее возникновения.

Значимая *прямая сильная* $r=0,76$ ($p<0,01$) связь была обнаружена между «аддиктивной склонностью» (по Юсупову) и показателем теста AUDIT в основной группе (таблица 3) и в контрольной группе $r=0,22$ ($p<0,05$)

Подростки *обеих групп* обнаруживают *взаимосвязь* между «аддиктивной склонностью» (по Юсупову) и показателями теста AUDIT. То есть подростки с имеющейся алкогольной зависимостью (либо попадающие в зону риска ее формирования) отличаются более высоким уровнем мотивационного напряжения в поисках алкоголя. В основной группе подростков *мотивационный профиль* употребления алкоголя наиболее разнообразен: взаимосвязаны показатели теста AUDIT и все без исключения мотивационные направленности, как то: «социально-психологические», «личностные», «собственно патологические». У подростков контрольной группы такие взаимосвязи обнаружены только в отношении «личностных» мотивов употребления алкоголя.

Особенности мотивации потребления алкоголя в обеих группах представлены на рисунке 1.



Рисунок 1 - Гистограмма «Общегрупповые мотивационные профили потребления алкоголя»

У подростков обеих групп преобладающими мотивами потребления алкоголя являются *«псевдокультурный»* (стремление приспособить свой личный опыт к «алкогольным» ценностям социальной микросреды), гедонистический (стремление получить физическое и психологическое удовольствие) и *атарактический* (желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания с помощью алкоголя) мотивы.

По данным сравнительного анализа, мотивационные профили потребления алкоголя у подростков обеих групп *схожи*. По данным же множественного регрессионного анализа, на формирование алкогольной мотивации у подростков *основной* группы в большей степени влияют «атарактическая» и «аддиктивная» мотивация, в группе сравнения мотивацию потребления алкоголя формируют «атарактическая», «субмиссивная» и «аддиктивная» мотивации.

Особенности совладающего со стрессом поведения у подростков.

Подростки обеих групп прибегают чаще к адаптивным когнитивным и эмоциональным копинг-стратегиям. Было выявлено, что алкоголь становится *средством нейтрализации негативных переживаний*. Так в группе подростков, применяющих как способ совладания со стрессом *адаптивные* эмоциональные копинг-стратегии, как то: «эмоциональный протест» «оптимизм», «активное возмущение» сложившейся ситуации - показатели общего уровня мотивации потребления алкоголя выше.

В результате статистического анализа были выявлены некоторые особенности совладающего поведения подростков, связанные с мотивацией потребления алкоголя (таблица 2). Применяя критерий Н-Краскола-Уоллиса, мы сравнили мотивационные профили групп подростков в зависимости от адаптивности применяемых ими *копинг-стратегий*. В группе подростков, применяющих как способ совладания со стрессом *адаптивные* копинг-стратегии, показатели общего уровня мотивации потребления алкоголя выше.

Таблица 2. – Сравнение мотивационных профилей потребления алкоголя в группах подростков в зависимости от адаптивности и направленности копинг-стратегий.

Копинг-стратегии Мотивация	Мотивация потребления – совладание со стрессом, $p < 0,05$				
	Адаптивный	Неадаптивный	Относительно адаптивный	Н	р
	Эмоциональный				
Аддитивная	12288,0	4024,00	3621,00	8,31	0,04
Атарактическая	12287,5	3999,5	3642,5	9,03	0,028
Самоповреждения	12288,00	4024,00	3621,0	9,489525	0,0234
МПА (общее мотивационное напряжение)	12376,5	3879,0	3671,0	8,75	0,03

Подростки, прибегающие к адаптивным эмоциональным копинг-стратегиям, как то эмоциональный «протест», «оптимизм», «активное возмущение» сложившейся ситуации имеют более высокие показатели мотивации потребления алкоголя (МПА), то есть общее мотивационное напряжение в поисках алкоголя возрастает. В их мотивационном профиле преобладают *атарактический*, истинно *аддитивный* мотивы и мотив *самоповреждения*. Так образом, высокое эмоциональное напряжение и общая напряженность в поисках алкоголя говорит о том, что алкоголь становится основным *средством* нейтрализации негативных эмоциональных переживаний. У таких подростков проявляются истинно патологическая мотивация употребления алкоголя – аддитивные мотивы и мотивы самоповреждения – стремление пить как *протест*, из-за потери перспективы в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бетелева Т.Г. Нейрофизиологические и психофизиологические особенности лиц, употребляющих алкоголь // Предупреждение вредных привычек у школьников. М.: Изд-во АПН СССР, 1990. С.18-19.
2. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 144с.
3. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1988. – 198с.
4. Москети К.В., Моховиков А.Н., Годлевский А.Г. Психологическая характеристика мотивации потребления алкоголя у подростков // Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 1990. Т.90, № 2. - С.51-55.
5. Петров Д.В. Диагностика, лечение и профилактика расстройств, вызванных употреблением алкоголя.– Ярославль, ЯГМА, 2003, С. 86-87
6. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара: Изд-во «Самарский университет», 2002, 206 с.
7. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (В-ASI)/В.В Поздняк и др.//Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. - 2001. - Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. (дата обращения 08.01.2018г.).
8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 28.12.2017г.).
9. Юсупов В.В., Корзунин В.А. Психологическая диагностика зависимого поведения. – СПб.: Речь, 2007.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СТРАХОВ У РАЗНОПОЛЫХ ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Глинская М.А.^{1,2}, Гребень С.А.¹

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»

²Белорусский государственный университет

Феномен детских страхов изучается уже десятки лет, ему посвящено большое количество исследований таких зарубежных и отечественных авторов, как З. Фрейд, К. Изард, Ч.Д. Спилберг, А.И. Захаров, Е.П. Ильин, М.А. Панфилова и др. Однако, интерес к данному феномену в настоящее время все еще не угасает. Подобный интерес может быть обусловлен тем, что чувство страха может возникнуть не только у человека, но и у любого животного. Как отмечал Е.П. Ильин: «Чувство страха присуще любому высокоорганизованному живому существу, независимо от возраста и пола» [2, с. 3].

В психологической литературе можно встретить разные определения понятия «страх». Одной из причин многоплановости определения феномена страха является то, что исследователи используют в своих работах разные методологические подходы к определению и разнообразные термины: тревога, страх, боязнь, невроз и т.д.

Наиболее точно определение понятия «страх» представлено А.И. Захаровым. Ученый рассматривал страх как «аффективное (эмоционально заостренное) отражение в сознании конкретной угрозы для жизни и благополучия человека» [1, с. 8].

Вместе с тем, детские страхи играют немаловажную роль в развитии личности ребенка с общим недоразвитием речи. Чрезмерное количество страхов не только негативно сказывается на эмоциональном развитии ребенка, но и затрудняет коррекционно-педагогическую работу по преодолению речевого нарушения.

В своих исследованиях В.Г. Колягина отмечала, что для детей с недостатками речевого развития характерно наличие большого количества страхов, характеризующихся устойчивостью и высокой интенсивностью их переживания [3, с. 21].

Однако, как показывает анализ психолого-педагогической литературы, проблемы, связанные с гендерными особенностями проявления страхов у детей с общим недоразвитием речи, до сих пор раскрыты частично и не полностью, что доказывает актуальность данной темы.

Перечисленные обстоятельства детерминировали проведение эмпирического исследования, целью которого являлось изучение особенностей проявления страхов у разнополых детей с общим недоразвитием речи.

В ходе исследования использовались следующие методы:

- Для сбора информации использовался метод анализа документов.
- Для сбора эмпирических данных использовался такой диагностический метод, как тестирование с помощью методики выявления

детских страхов «Страхи в домиках», в модификации М.А. Панфиловой [4, с. 58–61].

- Для статистической обработки данных использовался непараметрический U-критерий Манна Уитни.

- В ходе анализа полученных результатов были использованы методы интерпретации данных.

Эмпирическое исследование проводилось на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии». В исследовании приняли участие 50 детей с общим недоразвитием речи, из которых 25 детей мужского пола и 25 детей женского пола. Выборка была сделана с учетом пола и возраста ребенка (возрастная группа в пределах 3-6 лет).

По итогам проведенного исследования было установлено:

- У 8 мальчиков с общим недоразвитием речи количество страхов заметно выше нормы (32% от общего числа детей данной группы), в то время как у девочек с общим недоразвитием речи такой уровень количества страхов был выявлен только у 2 человек (8% от общего числа детей данной группы).

- У 12 мальчиков с общим недоразвитием речи количество страхов выше нормы (48% от общего числа детей данной группы), в то время как у девочек с общим недоразвитием речи такой уровень количества страхов был выявлен у 9 человек (36% от общего числа детей данной группы).

- У 5 мальчиков с общим недоразвитием речи количество страхов находится на уровне нормы (20% от общего числа детей данной группы). В группе девочек этот же уровень количества страхов был выявлен у 14 детей (56% от общего числа детей данной группы).

Таким образом, для большей части группы мальчиков с общим недоразвитием речи характерно чрезмерное количество страхов. В группе девочек с общим недоразвитием речи заметно лишь незначительное превышение.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Сравнивая показатели количества страхов у двух групп детей, были выявлены статистически достоверные различия ($U_{\text{эмп}}=222,5$; $p \leq 0,05$).

Повышение показателей количества страхов в группе мальчиков указывает на то, что возрастные нормативные страхи не исчезают, а накапливаются, что негативно сказывается на личностном развитии ребенка.

Чрезмерное количество страхов в группе мальчиков может быть обусловлено эмоциональным отвержением со стороны родителей. Как отмечал А.И. Захаров, в дошкольном возрасте отмечается предпочтение ребенком родителя другого пола. Недостаточная эмоциональная отзывчивость родителя противоположного пола порождает беспокойство, тревогу, чувство незащищенности, различного рода страхи (одиночества, темноты, замкнутого пространства и др.) [1, с. 54–55].

Исходя из этого, можно отметить, что отсутствие эмоционального контакта со стороны родителя противоположного пола, в данном случае

матерей, оказывает значительное влияние на формирование страхов у мальчиков. Вместе с тем, воспитание по типу гиперопеки также имеет негативные последствия. Чрезмерная забота о ребенке, постоянное беспокойство родителей, страхи и тревога о его дальнейшей судьбе передаются ребенку, тем самым способствуя формированию страхов.

Выявленные различия в двух группах детей также могут быть обусловлены рядом факторов, вытекающих из заболевания ребенка: длительное вынужденное пребывание детей в стационаре; регулярные занятия с логопедом, посещение врачей-психиатров; невозможность вербально выразить эмоции; повышенная впечатлительность; повышенная тревожность; неблагоприятный стиль воспитания и др.

Поскольку страхи оказывают существенное влияние на развитие личности ребенка, а также на успешность процесса реабилитации, установленные особенности необходимо учитывать при оказании психологической помощи детям во время пребывания ребенка в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Захаров, А.И. Дневные и ночные страхи у детей / А.И. Захаров. – СПб.: Союз, 2000. – 448 с.
2. Ильин, Е.П. Психология страха / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер Пресс, 2015. – 381 с.
3. Колягина, В. Г. Психологические особенности страхов дошкольников с недостатками речевого развития: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.10 / В.Г. Колягина; Моск. гос. психолого-пед. инст. – М., 2011. – 23 с.
4. Панфилова, М.А. Игротерапия общения: Тесты и коррекционные игры. Практическое пособие для психологов, педагогов и родителей / М.А. Панфилова. – М.: ГНОМ и Д, 2001. – 160 с.

АТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ПРИ РЕЦИДИВНО-РЕМИССИОННОМ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гордеев Я.Я., Бойко Д.В., Шамова Т.М., Лебейко Т.Я. Лебейко А.И.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Диагностика глубины нейродистрофического процесса в головном мозге при рассеянном склерозе (РС) в процессе клинкоморфологического мониторинга имеет существенное значение для своевременного проведения патогенетической терапии с целью предупреждения ранней инвалидизации пациентов трудоспособного возраста. Высказано предположение, что в формировании стойких клинических признаков рассеянного склероза, наряду с разрушением миелина, существенную роль играет вторичная дегенерация осевых цилиндров и

нейронов. Было установлено, что нейродегенеративные изменения в головном мозге регистрируются уже при первых клинических проявлениях РС, а также при клинически изолированном синдроме (КИС) [3, 4, 7]. Можно полагать, что атрофический процесс в центральной нервной системе является предиктором развития демиелинизирующего заболевания и его первичная регистрация позволяет судить о дальнейшем течении РС. Роль нейродегенеративного процесса в развитии нетрудоспособности больных РС до настоящего времени остается невыясненной, что можно объяснить использованием различных методов в оценке атрофических изменений головного мозга при данном заболевании [9].

В практике МРТ представлены две основные группы методов измерения атрофии головного мозга при РС [1], одна из них основана на регистрации, другая – на сегментации. Однако в большинстве методик измерения атрофии используются комплексно оба этих подхода. К методам, основанным на регистрации, относятся: BBSI (brain boundary shift integral - интегральное изменение границы мозга) [3, 4], SIENA (structural image evaluation using normalization of atrophy - изображение с использованием нормализации атрофии) [6], SPM (statistical parametric mapping - статистическое параметрическое картирование), TDS (template-driven segmentation – сегментация, выполненная по шаблону) и VBM (voxel-based morphometry - воксел-зависимая морфометрия) [9].

Основными недостатками существующих методов диагностики атрофического процесса является отсутствие в стандартном наборе для МРТ целенаправленного программного обеспечения, а также оценка состояния головного мозга по соотношению объем мозга / объем ликвора. Особые затруднения возникают при проведении диагностических мероприятий в начальной стадии демиелинизирующего процесса, а также в ходе мониторинга за характером течения и скоростью прогрессирования заболевания [5].

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 130 пациентов с достоверным РС в возрасте от 10 до 59 лет при первичном обращении за медицинской помощью. Контрольную группу составили 150 здоровых людей без явных патологических изменений в центральной нервной системе и соматических заболеваний, которые могли бы оказывать влияние на структуру и функцию мозга. МРТ выполняли на томографе Gyroscan Intera производства фирмы «Philips» с магнитной индукцией 1,5 T Power, оборудованном рабочей станцией «Makhaon software, v.2.4». Измерения производили автоматическим способом с использованием программного пакета рабочей станции. Диагностика атрофического процесса осуществлялась по разработанной нами методике. Идентификация срезов проводилась согласно указаниям по интерпретации современных послойных методов визуализации [1]. С целью унификации использования предлагаемого способа диагностик для практических целей нами применен корреляционный и пошаговый регрессионный анализ результатов исследования [2].

Результаты и обсуждение. Установлена сильная прямая корреляционная связь показателя атрофического процесса (I_a) в возрастные периоды от 19 до

49 лет ($r = 0,76$; $p = 0,000$), умеренная – в периоды 10-18 и 50-59 лет ($r = 0,47$ $p = 0,016$) (таблица 1). Проведение регрессионного анализа подтверждает возможность прогнозирования степени дистрофического процесса в головном мозге в возрастном диапазоне от 10 до 59 лет по величине критерия Ia [$R^2 = 0,619$; $F(1,18) = 46,6$; $p = 0,00001$; $St.er. = 0,14$ в пределах 95% доверительного интервала прогнозируемого значения, при F- критерии = 17,3), что указывает на его значимость и высокую достоверность. Значимость признака в оценке дистрофического процесса (K_j %) составляет 65,7% от общей суммы квадратов отклонений прогнозируемого параметра.

Проведенное исследование позволяет вывести количественные критерии атрофического процесса головного мозга в возрастном аспекте в группе здоровых лиц. Соответствующие расчеты (по формуле $M_{max} - M_{min} / T \times 100 = A\%$) свидетельствуют об отсутствии атрофических изменений в головном мозге в возрастной группе от 10 до 39 лет. У лиц в возрасте 40 - 59 лет констатируется уменьшение объема головного мозга на 0,46 – 0,53% ежегодно или на 4,68 – 5,33% каждое десятилетие, что необходимо учитывать при оценке результатов исследований ряда патологических состояний (РС, ХНМК, болезнь Альцгеймера и др.).

Таблица 1. Показатели атрофического процесса в головном мозге в контрольной группе и у пациентов с рассеянным склерозом

Показатели (мм)	Возраст (годы)					χ^2	P_1
	10 - 18	19 - 29	30 - 39	40 - 49	> 50		
Ia (K) 95% CI	0,30 0,27-0,36	0,30 0,29-0,33	0,30 0,28-0,34	0,42 0,39-0,44	0,44 0,40-0,48	20,5	<0,0002
Ia (PC) 95% CI	0,45 0,44-0,45	0,49 0,41-0,56	0,50 0,44-0,50	0,59 0,54-0,65	0,71 0,67-0,75	31,15	<0,0000
P	0,00002	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001		
%% атрофии (PC)	150	163	166	140	161		

Примечание: Ia – коэффициент отношения площади желудочков головного мозга к площади мозолистого тела; K – контрольная группа; PC – экспериментальная группа; P – достоверность сравнения контроль –эксперимент; P_1 – достоверность сравнения в возрастных группах.

В группе пациентов с РС атрофические изменения начинают формироваться еще до появления клинических признаков органического поражения нервной системы, что предполагает первичную манифестацию РС субъективными симптомами. Атрофический процесс регистрируется при первичном МРТ исследовании как в группе лиц с достоверным РС, так и у пациентов с КИС (в пределах на 11,3 – 16,2% по отношению к показателям контрольной группы). Выраженность атрофии головного мозга при первичном МРТ-исследовании не коррелирует со степенью инвалидизации ($t = 0,87$ -0,03; $p=0,39$ -0,96), общим объемом ($t=1,43$; $p=0,16$), количеством очагов демиелинизации ($t=1,37$; $p=0,18$) и объемом «черных дыр» ($t=1,43$; $p=0,16$).

Последнее обстоятельство является доказательством несоответствия клинической картины РС и имеющихся морфологических признаков на определенном этапе развития патологического процесса, что затрудняет своевременную диагностику заболевания. В ряде исследований, проведенных в поздней возрастной группе больных, было высказано предположение о формировании атрофических изменений на ранней стадии [8] и после первой клинической атаки РС, что, в некоторой степени, согласуется с полученными нами результатами. Однако отсутствие взаимосвязи между временным периодом (до первичного МРТ исследования) и показателями атрофии головного мозга ($r=0,321$; $p=0,155$) свидетельствует о субъективной оценке дебюта РС (анамнез, медицинская документация) у лиц исследуемой группы.

Дальнейшее течение РС сопровождается постепенным углублением атрофического процесса независимо от наличия клинически регистрируемых обострений заболевания. В динамике развития «позднего» (старше 50 лет) РС (по данным мониторинга) показатели атрофии головного мозга коррелировали с выраженностью органического дефицита (оценка по шкале EDSS) ($t=2,75 - 2,58 - 2,64$; $p=0,02 - 0,04 - 0,03$), и продолжительностью заболевания ($t=5,99 - 2,90 - 7,14$; $p=0,001 - 0,03 - 0,00008$) соответственно периодам исследования, при отсутствии достоверной связи с общим объемом демиелинизации. Степень влияния ($K_j\%$) дегенеративно-атрофического процесса на глубину инвалидизации составляет 36,2% ($RI=0,78$; $p<0,03$), при ежегодной атрофии головного мозга в среднем на $4,22\pm 4,08\%$. Полученные результаты свидетельствуют о высокой информативности показателей атрофического процесса при РС, которые более достоверно отражают характер течения заболевания, являются более значимыми в установлении прогноза, чем общее количество очагов демиелинизации.

Нами разработан способ количественной оценки атрофического процесса в головном мозге у здоровых и пациентов с РС в возрастном диапазоне от 10 до 59 лет. Измеряют площадь мозолистого тела и площадь боковых желудочков на сканах, вычисляют коэффициент отношения площади желудочков к площади мозолистого тела по формуле $I_a = S - S_1 / S$ (S – площадь латеральных желудочков – S_1 – площадь мозолистого тела) и при повышении коэффициента отношения (I_a) свыше 30,0 для возраста 10- 40 лет и 42,0 для возраста старше 40 лет констатируют наличие атрофического процесса в головном мозге, отличного от нормальных величин физиологического старения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основные методики оценки степени атрофии ЦНС с помощью МРТ // [Электронный ресурс] - Режим доступа: [www. rscleros.ru /236.php](http://www.rscleros.ru/236.php).2009-2013 – Дата доступа: 15.12.2013.).
2. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев – Спб.: ВМедА. - 2002. - 266 с.

3. Anderson, V.M. Cerebral atrophy measurement in clinically isolated syndromes and relapsing remitting multiple sclerosis: a comparison of registration based methods / V.M. Anderson // J. Neuroimaging. - 2007. - № 17. – P.61-68.
4. Brooks. L. Atrophy in key region of brain associated with multiple sclerosis./ L. Brooks // [Электронный ресурс] - Neurology. - 2013 - № 23. – Режим доступа: www.health.am. - Дата доступа 21.11.2014.
5. Durand-Dubief, F. Reliability of longitudinal brain volume loss measurements between 2 sites in patients with multiple sclerosis: comparison of 7 quantification techniques/F. Durand-Dubief , B. Belaroussi, J. P. Armspach [et al.] // AJNR. - – 2012. - V. 33. - № 10. - P. 1918-1924.
6. Howard, J. MRI Correlates of Disability in African-Americans with Multiple Sclerosis / J. Howard, M. Battaglini, J. S. Babb [et al] // Published: June 07, 2013 DOI: 10.1371/annotation/25df480c-60b5-43a3-b03c-4e97d6ee399c.
7. Kister, I. Rapid disease course in African Americans with multiple sclerosis / I. Kister, E. Chamot, J. H. Bacon [et al.] // Neurology. - 2010. - V. 75. - P. 217–223.
8. Miller, D. H. Measurement of atrophy in multiple sclerosis: pathological basis, methodological aspects and clinical relevance/ D. H. Miller, F. Barkhof, J. A. Frank [et al.] // Brain. - 2002. - V.125. - № 8. – P. 1676–1695.
9. Whitwel, J. L.Voxel-Based Morphometry: An Automated Technique for Assessing Structural Changes in the Brain / J. L. Whitwel // J. Neuroscience. -2009. – V. 29. - № 31. - P. 9661-9664.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОВРЕМЕННОГО РУКОВОДИТЕЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ

Гутько А.Г., Шагун Е.Г., Глухенькая А.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

ГУО «Средняя школа № 39 г. Гродно»

Актуальность. Психологическое благополучие учителя – одна из наиболее актуальных проблем современной педагогической психологии. В этой связи большое значение приобретает изучение феномена эмоционального выгорания – психологического явления, оказывающего негативное воздействие на здоровье и эффективность деятельности специалистов, занятых в социальной сфере.

Руководитель в образовании – центральная фигура учебно-воспитательного процесса, поэтому его психолого-эмоциональное состояние является одной из наиболее актуальных проблем современной педагогической психологии. В этой связи возникла необходимость в изучении феномена выгорания (сгорания) – процесса, оказывающего негативное воздействие на психофизическое здоровье и эффективность деятельности специалистов, занятых в социальной сфере. Это заболевание было открыто в начале 1950-х гг., и долгое время считалось, что оно вызывается неизвестной формой вирусной инфекции [1].

Самое известное определение синдрома эмоционального выгорания дала

Кристина Маслач: «Эмоциональное выгорание – это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами помогающих профессий».5

Цель исследования – возможности раннего выявления синдрома эмоционального выгорания у руководителя в современном образовании.

Задача исследования:

1. Проанализировать частоту общения в школах педагогов и руководителей, как одну из причин возникновения синдрома раннего эмоционального выгорания.

Объект исследования: директора и учителя средних школ города Гродно.

Предмет исследования: результаты социологического исследования (в исследовании были задействованы следующие методы сбора информации: анкетный опрос и интервью; выборка не соблюдалась).

Результаты и обсуждения. Современный руководитель работает в условиях риска – постоянного дефицита времени, избытка информации, ненормированного рабочего дня, постоянного давления со стороны подчинённых и вышестоящего начальства, в результате чего теряет здоровье.

В опросе приняли участие 10 директоров и 125 педагогов г. Гродно, из которых 95% – женщины. Абсолютное большинство респондентов имеют высшее образование. В исследовании были задействованы следующие методы сбора информации: анкетный опрос и интервью (выборка не соблюдалась).

В современном мире люди не могут обходиться без общения, человек большинство своего времени проводит на работе. Плюс ко всему, общение – это потребность, оно является целью отношений с окружающими людьми. Общение - это источник знания и понимания окружающих.

Если общение человека полноценно, то он чувствует себя удовлетворительным и счастливым, это способствует развитию его возможностей, самореализации и успеху.

Как оценивают состояние общения в школах руководители и педагоги?

Таблица 1. Как оценивают состояние общения в школах руководители и педагоги

Как часто директор школы и педагоги общаются друг с другом	Руководители %	Педагоги %
1. Постоянно	80,0	64,0
2. По необходимости	20,0	20,0
3. Очень редко	0,0	16,0
4. Совсем не общаются	0,0	0,0

Руководители и педагоги постоянно общаются друг с другом (и те и другие – более 50 %), и лишь 16% педагогов очень редко общаются друг с другом (рисунок 1).

Частота общения директоров и педагогов г. Гродно между собой

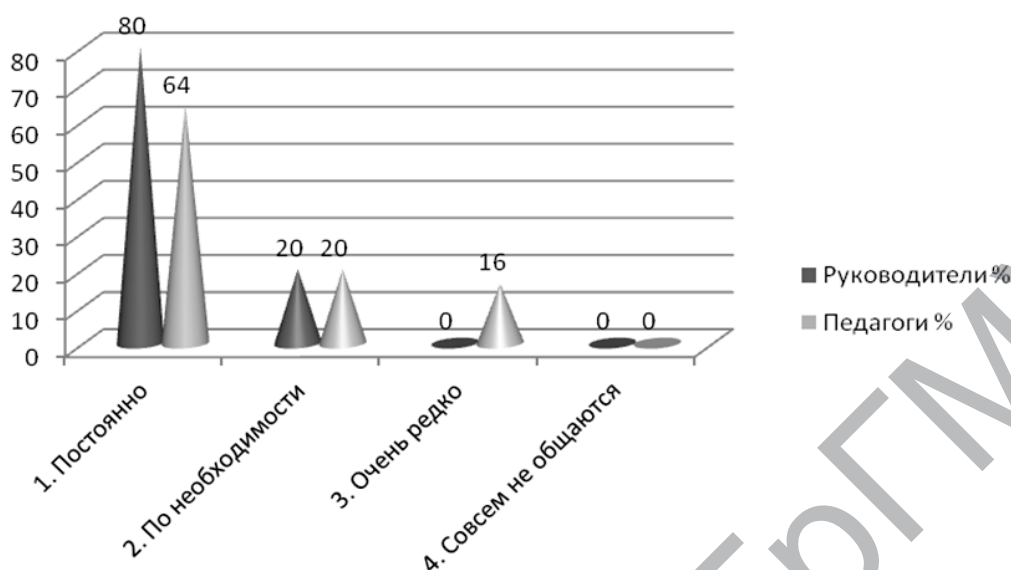


Рисунок 1. Состояния общения педагогов и руководителей в школах

Часто у специалистов, вынужденных во время выполнения своих обязанностей тесно общаться с людьми, проявляются признаки профессионального выгорания: 1) чувство безразличия, эмоционального истощения; 2) дегуманизация (развитие негативного отношения к своим коллегам и клиентам); 3) негативное профессиональное самовосприятие — ощущение собственной некомпетентности, недостатка профессионального мастерства.

Психологическое благополучие учителя — одна из наиболее актуальных проблем современной педагогической психологии. В этой связи большое значение приобретает изучение феномена эмоционального выгорания — психологического явления, оказывающего негативное воздействие на здоровье и эффективность деятельности специалистов, занятых в социальной сфере.

Очень важно на самых ранних сроках заподозрить данный синдром, во избежание негативных последствий, так как очень часто данная симптоматика «завуалирована» под маску банальной депрессии [2].

Основные признаки психогенного характера жалоб:

- ✓ Аффективная напряженность и общая психическая гиперестезия, душевный дискомфорт, нарастающая раздражительность, вспыльчивость, готовность к слезам, рассеянность, утрата интересов, появляющаяся потребность в тонизирующих средствах.

- ✓ Чувство ежедневной "свинцовой" тяжести, усталости, расстройства сна, аппетита, изменение веса, вегетативные сердечно-сосудистые расстройства.

- ✓ Вегетативная симптоматика: расширение зрачков, сухость рта, гипергидроз, гиперемия или бледность лица и др.

- ✓ Колебание настроения в анамнезе.
- ✓ Эмоциональная неадекватность, "захваченность" болезнью (поза, жесты и др.).

Важным является «заподозрить» данное состояние, а здесь никак не обойтись без масок у современного руководителя в образовании:

- черствость, невозмутимость, враждебность к окружающим;
- вегетативные пароксизмы (гипертензионный криз, инфаркт миокарда);
- повышенная трудовая активность, социальная суетливость, непоседливость, "сам себе придумывает дела";
- тяга к путешествиям;
- неестественные ранее веселость или бравлада;
- булимия или полидипсия, страсть к курению;

Очень часто причинами несвоевременного распознавания синдрома эмоционального выгорания является «поликлинический» подход к пациентам и недостаток времени расспроса.

Выводы. Из изложенного выше можно сделать вывод о постоянном оживленном общении руководителя и его подчиненных как на основном месте их работы, так и за ее пределами, что является одним из предпосылок для развития раннего синдрома эмоционального выгорания.

Именно в данной ситуации важна роль школьного психолога, который, работая не только с учащимися, но и с педагогическим коллективом, может своевременно заподозрить и устранить причины данного синдрома как у педагогов, так и у руководителя образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ворошилов, В. П. Свою деятельность анализирует учитель: Самоанализ / В. П. Ворошилов // Директор школы. – 2004. - №7. С 11-12.
2. Королева, Е. Г. Психосоматика: учебное пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высшего медицинского образования / Е. Г. Королева. – Минск: ИВЦ Минфина, 2007.- 216 с.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ «АССОЦИАТИВНО-СЛОВЕСНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ» ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Демянова Л.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Шизофрения – психическое расстройство, несущее значительное социально-экономическое бремя. По данным эпидемиологических исследований распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0,8-1,0%. Модальный возраст начала болезни для мужчин 18-25 лет, для женщин 25-30 лет. Характерны хроническое или с

частыми обострениями течение заболевания, нарастающие изменения личности и высокий уровень инвалидизации (до 40%).

Нарушения мышления являются одним из ядерных симптомов шизофрении. По данным современных зарубежных исследований более 80% людей, страдающих шизофренией, имеют клинически выраженные нарушения мышления.

В последнее время в психиатрии для целостной характеристики состояния пациентов, в дополнение к категориальному подходу, все большую важность приобретает дименсиональный подход, основанный на оценке показателей выраженности симптомов. Только научно обоснованный дименсиональный подход позволяет объективно отследить динамику состояния пациента, оценить эффективность терапии, определить корреляции одного фактора с другим, сравнить степень тяжести пациентов или групп пациентов, получить сопоставимые данные при использовании в разное время и разными исследователями.

В отечественной медицине для исследования мышления принято использовать беседу и патопсихологические методики. Достоинство патопсихологических методик в простоте, пластичности, возможности индивидуального подхода при исследовании. Но при этом все они предполагают только качественное описание выявляемых нарушений.

Целью нашей работы стала стандартизация патопсихологических методик для использования их для оценки выраженности нарушения мышления пациентов с шизофренией. Данная статья посвящена стандартизации методики «Ассоциативно-словесный эксперимент».

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-наркология». Обследована группа пациентов с установленным диагнозом шизофрения. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, находились на стационарном лечении в женском и мужском отделении.

Всего были обследованы 122 пациента. Группа исследования включала 69 женщин и 53 мужчины. Средний возраст пациентов составил $43,6 \pm 11,7$ лет.

Диагноз шизофрения устанавливался с учётом исследовательских диагностических критериев МКБ-10 на основе анализа анамнестических сведений, данных от информантов (родственников), результатов клинического наблюдения и беседы.

Распределение по формам шизофрении следующее: параноидная – 79 человек, простая – 39 человек, кататоническая – 3 человека, гебефренная – 1 человек.

Большое количество пациентов с параноидной формой (48 человек) подтверждает наблюдение исследователей о преобладании этой формы шизофрении в клинических выборках.

Настоящая работа соответствовала критериям поперечного и открытого исследования.

В исследовании использовались клинико-психологические и экспериментально-психологические методы психодиагностики, а также статистические методы обработки информации.

Из клинико-психологических методов были использованы клиническая беседа, наблюдение, анамнестический метод.

В качестве экспериментально-психологических методов были использованы патопсихологические методики, направленные на исследование мышления испытуемого, а именно: «Сходство», «Исключение предметов», «Существенные признаки», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», «Толкование пословиц», «Ассоциативно-словесный эксперимент».

Критериями выбора методик были:

- направленность на исследование мышления;
- структура методики в виде заданий, каждое из которых можно оценить отдельно;
- возможность количественной оценки результата выполнения задания.

Методика «Ассоциативно-словесный эксперимент» представляет собой набор слов-стимулов, на которые испытуемый должен быстро ответить одним первым пришедшим на ум словом. «Ассоциативно-словесный эксперимент» — наиболее сложная из всех использованных нами методик в интерпретативном плане. Изучив литературу, мы выбрали способ интерпретации ответов, предложенный Лурия, который выделяет неадекватные реакции, когда семантическая связь между стимулом и реакцией отсутствует; и адекватные реакции, когда между стимулом и реакцией существует семантическая связь. Далее адекватные реакции мы предлагаем разделять, как предлагается в работах А.А. Залевской. Так, при классификации ассоциативных реакций она предлагает отталкиваться от гипотезы об уровне строения внутреннего лексикона человека, включающий поверхностный ярус форм и глубинный ярус смыслов. В зависимости от того, к какому из ярусов обращается информант, различают два уровня идентификации слова: 1) на уровне словоформы, без обращения к значению воспринимаемой единицы (формальные реакции) и 2) на уровне значения, посредством актуализации связи между словоформой и единицей глубинного яруса лексикона (семантические реакции). К промежуточному типу, связующему оба яруса между собой, относят формально-семантические реакции, которые представляют собой деривационные преобразования стимула. У пациентов с шизофренией возможны ответы, не имеющие никакого отношения к слову-стимулу, или ответы, не соответствующие инструкции к методике (например, многословные). Исходя из этого, мы присвоили следующие цифровые значения ответам испытуемых:

- 0 баллов — семантическая реакция;
- 1 балл — формально-семантическая реакция;
- 2 балла — формальная реакция;
- 3 балла — неадекватный ответ.

Стандартизация методик проводилась с помощью метрической системы Раша.

Ответы всех испытуемых на все задания (пункты) методик были введены в матрицу данных, которая с помощью модели Раша преобразуется в матрицу моделированных вероятностей. На основании матрицы вероятностей для каждой методики были произведены расчёты психометрических показателей, характеризующих качество методики как измерительного инструмента. Это следующие показатели:

- трудность пунктов,
- индексы качества пунктов (характеризующие конструктивную валидность),
- индекс надежности,
- соответствие мер выраженности нарушения мышления у испытуемых и трудностей ответных категорий пунктов методик,
- количество слоев (характеризующее дискриминативность),
- одномерность методик.

Далее методика преобразовывалась в вариант, обладающий оптимальным сочетанием психометрических показателей, и на основании преобразованной методики создавалась равноинтервальная шкала.

Результаты. Меры трудностей диагностических заданий методики «Ассоциативно-словесный эксперимент», рассчитанные с помощью модели Раша, оказались соответствующими средней степени выраженности исследуемого конструкта (от -2 до 2 логитов).

Значения индексов качества UMS и WMS пунктов попали в диапазон приемлемых значений на тринадцатой итерации и в методике осталось 18 пунктов.

Факторный анализ нормализованных остатков от разницы между наблюдаемыми и ожидаемыми оценками ответов на пункты методики показал неоднородность как исходного варианта, так и 18-типунктового.

При анализе методики, состоящей из 30-ти пунктов, пять факторов остатков оказались выше 2, то есть масса факторов существенно влияет на результат (почти 46% кумулятивной дисперсии). В 18-типунктовой методике один фактор остатков превысил 2 и составил 2,9 (16% кумулятивной дисперсии).

Анализ пунктов, составляющих фактор F1 в 18-типунктовой методике, показал, что наибольший положительный вклад в этот фактор вносят пункты, провоцирующие ответ по созвучию (травя – дрова, брат – сват). Слова, вносящие наибольший отрицательный вклад в этот фактор (развитие, колесо), фонетически сложны и не провоцируют простого ответа по созвучию. Попытка просто исключить эти пункты из методики, чтобы достичь одномерности, ухудшает ситуацию с конструктивной валидностью и надежностью преобразованного варианта. Кроме того, в современной литературе о нарушении исполнительских функций при шизофрении указывается, что людям, страдающим шизофренией, свойственно выбирать самый быстрый и самый простой вариант решения проблемы, поэтому наличие такого дополнительного

фактора не делает методику плохо информативной, а скорее доказывает, что методика отражает реальную картину нарушений. Поэтому мы выбрали 18-типунктовый вариант как наиболее предпочтительный.

Дальнейший анализ трудности пунктов, надежности, дискриминативности и соответствия выраженности свойства у испытуемых показал хорошие характеристики преобразованной методики.

Трудность пунктов соответствует средней степени выраженности исследуемого конструкта.

Распределение мер трудности ответных категорий методики соответствует выраженности нарушения мышления у пациентов.

Высокий изначально Индекс надежности (0,862) при уменьшении количества пунктов незначительно уменьшился (0,83), но остался высоким.

Показатель количества слоев составил 3,7 на первой итерации и 3,3 – для 18-типунктового варианта, т.е. методика может достоверно дифференцировать три уровня выраженности нарушения мышления, что является показателем хороших дискриминативных свойств методики.

Далее сырые баллы были преобразованы в равноинтервальную шкалу логитов.

Выводы. Таким образом, оптимальными психометрическими характеристиками обладает 18-типунктовая методика «Ассоциативно-словесный эксперимент»:

- трудность пунктов соответствует средней степени выраженности исследуемого конструкта;

- методика имеет сбалансированную метрическую структуру, характеризующуюся адекватным соответствием распределения диагностических трудностей ответных категорий пунктов и оцениваемых уровней нарушения мышления у пациентов;

- задания обладают адекватной конструктной валидностью;

- Индекс надежности равен 0,83;

- методика способна дифференцировать 3 уровня выраженности нарушения мышления;

- методика имеет один высокий фактор остатков, который образуется за счет пунктов, провоцирующих ответ по созвучию. Но так как выбирать самый быстрый и самый простой вариант решения проблемы, по современным литературным данным, свойственно пациентам с шизофренией, мы оставили эти пункты в составе окончательного варианта методики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М. А. Клиническая психодиагностика: Учебное пособие / М. А. Ассанович. – Минск «Беларусь», 2012. – 344 с.
2. Залевская, А. А. Введение в психолингвистику / А. А. Залевская. – М.: Российский государственный гуманитарный университет, 1999. – 347 с.
3. Лурия, А. Р. Речь и мышление / А. Р. Лурия. – М.: МГУ, 1975. – 120 с.
4. Baghaei, P. The Rasch Model as a Construct Validation Tool / P. Baghaei // Rasch Measurement Transactions. – 2008. – Vol. 22. – P.1145-1146.

СИМПТОМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Джулай П.К.¹, Жигар А.М.²

¹УЗ «Городская клиническая больница №3 г. Гродно»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Симптомы эмоционального выгорания среди медицинских работников все чаще становятся привычным явлением. Это связано с тем, что высокие коммуникативные и эмоциональные нагрузки сочетаются с недостаточным количеством полноценного отдыха, отсутствием внутреннего ощущения адекватного вознаграждения (как материального, так и морального) за проделанную работу. Медицинские работники относятся к группе риска возникновения данного состояния, что связано с самим характером труда. Взаимодействие с пациентами, часто имеющими психоземotionalные нарушения, требует от медицинских работников значительного напряжения внутренних ресурсов.

Традиционно к основным симптомам эмоционального выгорания относят эмоциональное истощение, дегуманизацию и редукцию личных достижений. К психологическим реакциям относят следующие: депрессия, снижение самооценки, постоянное чувство вины, апатия, безосновательные страхи, снижение концентрации внимания, ригидность мышления, отказ от хобби, потеря жизненного идеала, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, отчаяние. Для многих людей характерны психосоматические симптомы: снижение иммунитета, неспособность к релаксации в свободное время, бессонница, сексуальные расстройства, повышение давления, головные боли, боли в позвоночнике, расстройства пищеварения. Возникающие поведенческие реакции приводят к конфликтам на работе и усугублению ситуации.

Эмоциональное выгорание нельзя считать проблемой только самого человека. Наличие симптомов выгорания негативно сказывается на качестве работы: увеличивается частота пропусков работы (в том числе по причине увеличения частоты различных заболеваний), опозданий на работу, появляется много ошибок из-за невнимательности.

Симптомы выгорания начинают развиваться тогда, когда становится недостаточно внутренних ресурсов. Очевидно, что большинство факторов риска развития данного состояния связано с самим характером труда медицинских работников (высокая ответственность, необходимость скрывать свои настоящие эмоции и чувства, напряженный график работы). Данные факторы трудно поддаются коррекции. Таким образом, коррекция и профилактика синдрома выгорания часто связана с усилением ресурсов личности.

Цель. Исследовать выраженность эмоционального выгорания у медицинских работников.

Методы исследования. Опросник на эмоциональное выгорание (MBI).

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняло участие 30 человек (16 врачей и 14 медицинских сестер). Все участники были обследованы с помощью опросника MBI. *По шкале «эмоциональное истощение»:* высокий уровень был получен у 10% (3 человека); средний уровень – у 56% (17 человек); низкий уровень - у 34% (10 человек). *По шкале «деперсонализация»:* высокий уровень был выявлен у 7% (2 человека); средний уровень – у 36% (11 человек); низкий уровень - 57% (17 человек). *По шкале «редукция личных достижений»:* высокий уровень был получен у 7% (2 человека); средний уровень – у 60% (18 человек); низкий уровень - у 33% (10 человек).

После определения уровня эмоционального выгорания в течение 3 недель пять раз в неделю с испытуемыми проводились сеансы прогрессивной нервно-мышечной релаксации (по 30 минут) с целью овладения данным видом произвольного регулирования психоэмоционального напряжения. Также испытуемым было предложено выполнять данную методику два раза в течение дня самостоятельно. Сеансы проводились в групповом формате. Следует отметить, что вначале большинство испытуемых посещали сеансы неохотно, отмечались пропуски. Ко второй неделе посещения стали более регулярными, испытуемые отмечали положительный эффект от релаксации.

Через 4 недели после первого тестирования испытуемые были протестированы повторно. *По шкале «эмоциональное истощение»:* высокий уровня выявлено не было; средний уровень – у 40% (12 человек); низкий уровень - у 60% (18 человек). *По шкале «деперсонализация»:* высокого уровня выявлено не было; средний уровень – у 30% (9 человек); низкий уровень - 70% (21 человек). *По шкале «редукция личных достижений»:* высокого уровня выявлено не было; средний уровень – у 46% (14 человек); низкий уровень - у 54% (16 человек).

После 3-х недельного обучения прогрессивной нервно-мышечной релаксации наблюдается снижение по всем изучаемым показателям: «эмоциональное истощение», «деперсонализация», «редукция личных достижений». По нашему мнению это может быть связано с тем, что обучаясь произвольному регулированию психоэмоционального состояния, испытуемые получили возможность предотвращать чрезмерное накопление эмоционального напряжения, которое ранее приводило, к снижению общей работоспособности, снижению удовлетворенности результатами деятельности. Вероятно, уменьшение психоэмоционального напряжения также могло повлиять и на качество межличностного взаимодействия, снижение количества конфликтных ситуаций, которые также в свою очередь являются источником нервного истощения.

Выводы. Систематическое использование прогрессивной нервно-мышечной релаксации может оказывать не только благоприятное воздействие на физическое и эмоциональное состояние работников, но также являться

неотъемлемой составляющей в профилактике профессионального и эмоционального выгорания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова // СПб.: Питер, 2005. – 212с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ШИЗОТИПИЧЕСКИХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ

¹Докукина Т.В., ²Гилеп А.А., ¹Голубева Т.С., ¹Махров М.В.,
²Гайдукевич И.В.

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья»,

²ГНУ «Институт биоорганической химии Национальной академии наук
Беларуси», Минск, Беларусь

Клиническая фармакогенетика – новое направление в клинической фармакологии, изучающее генетически детерминированные реакции пациента на лекарственные средства. Генетические особенности ответа организма на введение лекарственного средства могут приводить к неблагоприятным побочным реакциям или снижать эффективность фармакотерапии [1].

Понимание механизмов влияния генетических факторов на эффективность и безопасность лекарственных средств стало возможным лишь в связи с развитием методов молекулярной биологии и реализацией программы «Геном человека». Стало очевидным, что генетические особенности пациентов могут определять до 50% всех неблагоприятных фармакологических ответов. Биотрансформация лекарственных средств в организме находится также в зависимости от возраста, пола, окружающей среды, характера питания, заболеваний [5].

Генетические особенности ответа организма на введение лекарственного средства, как правило, реализуются через полиморфные участки генов белков, участвующих в фармакокинетике или фармакодинамике лекарственных средств, называемые аллельными вариантами. Это гены ферментов биотрансформации, например изоферментов цитохрома Р-450, N-ацетилтрансферазы и др., транспортеров лекарственных средств, мишеней лекарственных средств, рецепторов, ферменты, ионных каналов, липопротеинов, факторов свертывания, белков клеточного цикла) [3].

Ононуклеотидные полиморфизмы в генах ферментов, метаболизирующих лекарственные средства, приводят к синтезу ферментов с измененной активностью. В результате скорость метаболизма лекарственных средств увеличивается или уменьшается. В зависимости от скорости метаболизма лекарственных средств в популяции населения выделяют

следующие группы: активные метаболитаторы (активность ферментов не изменена – большинство населения), «медленные» метаболитаторы, которым следует назначать лекарственные средства в меньшей дозе, и «сверхактивные» или «быстрые» метаболитаторы, для которых назначаемая доза лекарственного средства должна быть выше среднетерапевтической.

Частота полиморфизма генов ферментов биотрансформации может значительно варьировать в различных этнических группах и популяциях, определяя этническую чувствительность к лекарственным средствам [2]. Все носители медленных аллелей являются группами риска развития нежелательных лекарственных реакций вплоть до смертельных исходов. При быстром типе метаболизма желаемый эффект не достигается вследствие низкой действующей концентрации лекарственного средства [5].

Большинство лекарственных средств метаболизируется с участием изоферментов цитохрома P-450 CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4. Относительно реже в метаболизме лекарственных средств участвуют изоферменты CYP1A2, CYP2A6, CYP2B6, CYP2C8 и CYP2E1 [3].

Среди транспортеров наибольшую роль в процессах всасывания, распределения и выведения лекарственных средств играют р-гликопротеин, кодируемый геном MDR1, а также транспортеры органических анионов и катионов (OATP-C, OAT-1, OAT-3, OCT-1) [2, 3].

Выяснение сущности индивидуальной чувствительности людей к фармакотерапии необходимо для определения оптимальных доз любого лекарственного средства для каждого пациента и составления индивидуальных программ высокоэффективного безопасного лечения. Подобные подходы лежат в основе персонализированной медицины. В сети Интернет существует постоянно обновляемые ресурсы, где собраны результаты всех проведенных фармакогенетических исследований и размещается новейшая информация об известных путях метаболизма лекарственных средств. Данная информация присутствует в инструкциях по клиническому применению многих лекарственных средств.

Целью настоящей работы являлось исследование особенностей ответа на лекарственную терапию пациентов шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами в зависимости от результатов фармакогенетического тестирования и выработка соответствующих клинических рекомендаций. В исследование было включено 50 пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, получающих терапию психотропными лекарственными средствами. Исследуемый материал: пробы слюны, буккального эпителия. Анализировали полиморфизмы следующих генов: CYP2D6*4; CYP2C19*2; CYP2C9*2, CYP2C9*2*3; CYP1A2*F и полиморфизм C3435T гена MDR1. Использовали методики: выделение нуклеиновых кислот, анализ с использованием метода полимеразной цепной реакции.

На базе клинических отделений стационара государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» у пациентов с психическими расстройствами, в том числе с

шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, после получения информированного согласия проводили фармакогенетическое тестирование: забор проб буккального эпителия с целью определения аллельных вариантов генов ферментов метаболизма лекарственных средств. Генотипирование осуществляли на базе государственного научного учреждения «Институт биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси». Определяется наличие у пациента аллельных вариантов генов изоферментов цитохрома CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, а также гена MDR1 транспортного белка р-гликопротеина. Результаты фармакогенетического тестирования анализировали, готовили заключение и разрабатывали клинические рекомендации пациенту с учетом результатов теста.

С учетом инструкций по медицинскому применению лекарственных средств, литературных данных о путях метаболизма лекарственных средств [4], базы данных <http://www.drugbank.ca/drugs> была составлена пополняемая рабочая таблица, отражающая пути метаболизма лекарственных средств и межлекарственные взаимодействия (Таблица 1).

Таблица 1 – Пути метаболизма и их влияние на активность лекарственных средств, применяемых в психиатрии

Группа	Препарат	Изофермент системы цитохромов печени						р-глико-протеин
		CYP 1A2	CYP 2D6	CYP 3A3	CYP 3A4	CYP 2C19	CYP 2C9	
Атипичные антипсихотики	Рisperидон		+++*		+			↓
	Оланзапин	+++	++		+	+	+	↓
	Кветиапин		+		+++	+		↓
	Арипипразол		+++		+++			↓
	Сертиндол		+++		+++			↓
	Зипрасидон	+			+			↓
	Азенапин	+++	↓		+			+
	Клозапин	+++	++	+	++	++	++	↓
Типичные антипсихотики	Галоперидол	++	↓↓		↓↓	+	+	+
	Трифлуоперазин	+++						↓
	Хлорпромазин	++	↓↓↓		+			↓
	Тиоридазин	++	↓↓↓			+	+	↓
	Флуфеназин	+	↓↓↓					↓
	Перфеназин	++	+++		+	+	+	↓
	Зуклопентиксол		++					↓
	Алимемазин	++	+++					↓
	Флупентиксол		++		+			↓
	Хлорпротиксен							↓

Авторами была разработана автоматизированная система: «Информационная система для интерпретации результатов фармакогенетического тестирования пациентов при психических и поведенческих расстройствах «Фармакогенетика», предназначенная для автоматизации процесса формирования заключения на основании выявленного

генотипа пациента. В зависимости от конкретного варианта набора аллельных вариантов генов ферментов, влияющих на метаболизм конкретного лекарственного средства у конкретного пациента, системой осуществляется выбор варианта клинической интерпретации результатов фармакогенетического тестирования пациента для каждого лекарственного средства. Заключение содержит таблицу с результатами генотипирования и текст с клинической интерпретацией результатов.

Составлен алгоритм интерпретации результатов фармакогенетического тестирования, который состоял в следующем. При выявлении у пациента медленных аллельных вариантов CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2D6*4 следует выбирать лекарственное средство, не являющееся субстратом соответствующего изофермента, или может быть рекомендована коррекция дозы лекарственного средства-субстрата в сторону уменьшения из-за возрастания риска возникновения побочных эффектов. При выявлении быстрых аллельных вариантов CYP1A2*1F или CYP2C19*17 следует выбирать лекарственное средство, не являющееся субстратом соответствующего изофермента, или может быть рекомендована коррекция дозы лекарственного средства-субстрата в сторону увеличения из-за снижения эффективности терапии. По результатам определения полиморфизма C3435T гена MDR1 следует корректировать дозу лекарственного средства в сторону ее увеличения пациентам с генотипом CC или CT или использовать немедикаментозные методы терапии.

В результате коррекции терапии у 80% пациентов отмечался хороший клинический эффект в виде редукции психотических симптомов, улучшения качества социального функционирования.

Средняя длительность пребывания в стационаре в год в исследуемой группе снизилась с $78,2 \pm 13,2$ до $28,9 \pm 7,8$ койко-дней ($p=0,002$ по критерию Вилкоксона).

Таким образом, для рационализации терапии пациентов с резистентными формами расстройств шизофренического спектра или нежелательными лекарственными реакциями, рекомендовано проведение фармакогенетического тестирования с целью выявления полиморфизмов CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2D6*4, CYP1A2*1F, полиморфизма C3435T гена MDR1. Это позволяет избегать назначения лекарственных средств-субстратов ферментов, гены которых содержат полиморфизм, или корректировать дозу лекарственного средства.

В настоящее время для практических врачей при наличии фармакорезистентности имеется возможность направить пациента в государственное научное учреждение «Институт биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси», где введена платная услуга «Фармакогенетическое тестирование». В государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» с использованием разработанной компьютерной программы можно получить заключение с клинической интерпретацией результатов фармакогенетического тестирования.

В дальнейшем планируется при анализе генетических особенностей пациента учитывать также наличие полиморфизмов в генах ферментов II фазы биотрансформации, в частности глюкуронилтрансферазы, а также генов рецепторов дофамина и переносчиков серотонина.

Необходимы дальнейшие исследования для оценки результатов использования данного подхода, применение которого, по всей видимости, позволит в ряде случаев преодолеть фармакорезистентность, снизить частоту возникновения нежелательных лекарственных реакций, что приведет к снижению затрат на пребывание в стационаре и на фармакотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pharmacogenetics of antipsychotic treatment response and side effects / B. Mackenzie, R. Souza, O. Likhodi et al. // Therapy. – 2010. – Vol. 7. – P. 191-198.
2. Polymorphisms of drug-metabolizing enzymes CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP1A1, NAT2 and of P-glycoprotein in Russian population / Gaikovitch E.A., Cascorbi I., Mrozikiewicz P.M. et al. // Eur J Clin Pharmacol. – 2003. – Aug. – №59(4). – P. 303-312.
3. Насырова, Р.Ф. Введение в психофармакогенетику / Р.Ф. Насырова, М.В. Иванов, Н.Г. Незнанов. – СПб: Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2015. – 272 с.
4. Сюняков, Т.С. Молекулярная генетика и фармакогенетика биполярного аффективного расстройства / Т.С. Сюняков // Обзор материалов 26-го Конгресса Европейской коллегии нейропсихофармакологии, Барселона, 5-9 октября 2013 г. / Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2014. – № 3. – С. 25-35.
5. Фармакогенетика системы биотрансформации и транспортеров лекарственных средств: от теории к практике / В.Г. Кукес, Д.А. Сычев, Г.В. Раменская, И.В. Игнатьев // Биомедицина. – 2007. – № 6. – P. 29-47.

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Жигар А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Головная боль является одной из наиболее распространенных причин обращения в неврологам. Распространенность головной боли среди взрослого населения по данным ВОЗ составляет примерно 50% (с клиническими проявлениями, по меньшей мере, один раз на протяжении последнего года). 1,7-4% взрослого населения мира испытывает головную боль продолжительностью 15 и более дней ежемесячно. Головные боли поражают людей независимо от возраста, расы, уровня образования и дохода, места жительства. Однако имеются определенные различия. Так, распространенность головных болей напряжения и мигрени в Европе ниже, чем в Северной Америке, но выше, чем в странах Африки и Азии. Женщины страдают от

головных болей несколько чаще, чем мужчины (только 1% женщин в исследовании В.К.Rasmussen заявили, что никогда не испытывали головной боли, тогда как среди мужчин этот показатель составил 7%).

Оценка выраженности болевого синдрома представляет собой трудноразрешимую проблему. Несмотря на это, количественное измерение боли необходимо как для оценки тяжести состояния, так и для анализа эффективности проводимого лечения, определения степени нетрудоспособности пациента и качества его жизни. Боль представляет собой субъективное ощущение, на которое оказывают влияние множество факторов, включающих в себя как особенности личности пациента, его предыдущий опыт, так и социокультурные факторы, а также текущее эмоциональное состояние. Кроме того, существует проблема в описании своего болевого синдрома пациентами, которым бывает трудно подобрать подходящие слова для характеристики своего состояния.

В настоящее время для объективизации болевых ощущений разработаны различные опросники, шкалы и таблицы.

Обращает на себя внимание тот факт, что существует разница в оценке боли самим пациентом и медицинским персоналом. Зачастую медицинские работники склонны оценивать интенсивность боли по физиологическим показателям (например, повышение давления, учащение пульса, потливость и т.д.) и по поведенческим реакциям пациента.

Многие методики для оценки боли основываются на интерпретации утверждений самих пациентов. Например, так называемые «аналоговые шкалы боли» предполагают соотнесение болевого синдрома с цветом шкалы или с длиной отрезка. Несмотря на существенные плюсы (интуитивная понятность, простота использования) данные шкалы имеют и минусы. К ним можно отнести то, что данные шкалы определяют только интенсивность болей, но ничего не говорят об их качественных характеристиках. К наиболее существенным недостаткам относится выраженная субъективность. Количественная оценка боли связана с индивидуальными особенностями. Так, некоторые люди даже незначительную боль склонны оценивать, как непереносимую, что часто отражает определенные личностные особенности, а также установки, связанные с лечением. Личностные установки неизбежно возникают в ситуации обследования и лечения и способны в значительной степени искажать результаты подобного рода исследования. Данные установки в том числе могут быть связаны со стремлением получить некую личную выгоду в имеющейся ситуации. Кроме установок на оценку боли могут влиять психофизиологические тенденции к переоценке или недооценке болевых стимулов.

Словесные рейтинговые шкалы представляют собой набор характеристик боли, из которых пациент выбирает те, которые наиболее точно характеризуют его состояние. Слова-характеристики обычно располагаются по степени нарастания интенсивности боли. Данные шкалы также просты в использовании, подходят для оценки динамики болевого синдрома, однако также в сильной степени субъективны.

Кроме того, существуют инструменты для оценки боли у взрослых, которые не способны к общению. Данные инструменты оценивают невербальные эквиваленты боли. Например, шкала CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool) оценивает четыре невербальных показателя (выражение лица, движение тела, мышечное напряжение и речевые реакции (для экстубированных пациентов) /синхронизация с режимом вентиляции (для интубированных пациентов).

В работе врача-психотерапевта головные боли также занимают значительное место. Вероятно, для психотерапевта важна не столько оценка интенсивности боли, сколько ее влияние на качество жизни пациента.

Цель. Исследование основных параметров качества жизни страдающих от головных болей пациентов психоневрологического отделения.

Методы исследования. Для оценки интенсивности боли и ее влияния на основные параметры качества жизни был использован Краткий опросник боли (Brief Pain Inventory; C. Cleeland et al, 1991).

Результаты и их обсуждение. Всего было обследовано 38 пациентов с головной болью (33 женщины и 5 мужчин). У 11 пациентов головная боль являлась основной причиной обращения за помощью. Все пациенты на амбулаторном этапе обращались за помощью к неврологам. Наиболее частые диагнозы: НЦА с цефалгическим синдромом (19 пациентов), вертеброгенная цефалгия (9 пациентов), головная боль напряжения (6 пациентов). Большинство пациентов отметило, что головные боли наблюдаются в течение многих лет, и только 4 пациента указали на то, что головные боли возникли в течение последнего года впервые. Интенсивность имеющейся головной боли по 10-ти бальной шкале все пациенты оценили в диапазоне от 6 до 10 (где 0 – отсутствие боли, а 10 – невыносимая боль), средняя оценка составила 7,4 балла. Несмотря на высокую субъективную оценку интенсивности боли пациенты в целом не обнаруживали характерных поведенческих реакций на боль: вели активную повседневную деятельность в отделении, посещали группы психокоррекции и физиолечение, общались с другими пациентами. Данная тенденция неоднозначна. У некоторых пациентов такая переоценка, вероятно, связана с особенностями личности либо с получением вторичной выгоды от имеющихся симптомов. Некоторые пациенты отметили, что первоначально завысили тяжесть своего состояния, чтобы врач обратил больше внимания на имеющийся симптом; такие пациенты часто считали, что ранее врачи «несерьезно» относились к их головной боли. 71% пациентов указали на то, что обезболивающие препараты либо совсем неэффективны, либо незначительно уменьшают головную боль, тем не менее более половины пациентов использовали данные препараты чаще, чем 5 раз в неделю. Характерно то, что обезболивающие препараты в большинстве случаев не были назначены врачами, а принимались бесконтрольно. Наиболее распространенным ответом на вопрос «Что помогает Вам уменьшить боль?» был ответ «Ничего». По оценке пациентов, больше всего головная боль влияла на способность выполнять работу по дому (6,8 баллов) и настроение (8,1 балла), в меньшей степени на отношения с людьми (3,4 балла) и сон (3,2 балла). Следует отметить,

что у всех обследованных пациентов выявлены симптомы тревожных и/или аффективных расстройств.

Как правило, пациенты, поступающие в психоневрологическое отделение с головными болями, имеют нереалистичные ожидания относительно той помощи, которую они могут получить в отделении. Пациенты ожидают дополнительных обследований и постановки «настоящего диагноза», часто раздражаются при попытке врача сместить акценты на психоэмоциональное состояние и актуальную жизненную ситуацию пациента.

Выводы. Пациенты психоневрологического отделения склонны переоценивать интенсивность головной боли, что может быть связано с различными факторами. Головная боль у данных пациентов значительно снижает качество жизни, по субъективным ощущениям ограничивает повседневную и профессиональную активность.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ПОМОЩИ ШКАЛЫ ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ

Зубко А.С., Голотин В.В., Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблемы психического здоровья населения вызывают все большую озабоченность в мире. Эпидемиологические исследования, проводимые ВОЗ, показывают, что пять из десяти основных причин нетрудоспособности в большинстве стран мира имеют отношение к психическим и поведенческим расстройствам [2]. Первостепенное медицинское, экономическое и социальное значение имеют депрессивные и тревожные расстройства, поскольку являются одними из наиболее частых причин психосоциальной дезадаптации. Результаты клинко-эпидемиологических исследований как в нашей стране, так и за рубежом, демонстрируют неуклонный рост распространенности тревожно-депрессивных расстройств среди населения [1].

Рост распространенности депрессивных и тревожных расстройств в популяции объясняют многими причинами: урбанизация, миграция, увеличение плотности населения, постоянно возрастающий уровень стресса с ослаблением социальной поддержки. Среди факторов, способствующих увеличению распространенности аффективных расстройств, рассматриваются также увеличение средней продолжительности жизни людей с хроническими соматическими заболеваниями, часто сопровождающимися депрессией и тревогой. Кроме того, одним из существенных факторов, влияющих на рост показателей распространенности тревожно-депрессивных расстройств, является улучшение их диагностики в медицинской сети [3].

Однако нужно дифференцировать тревогу как первичную эмоцию, тревожность как свойство личности и патологическую тревогу. Тревога – универсальная адаптационная реакция организма на стимулы, которые

потенциально несут в себе угрозу или являются новыми для субъекта. Как свойство личности тревожность — это индивидуальная психическая особенность человека, проявляющаяся в склонности часто переживать сильную тревогу по малозначительным поводам. Патологическая тревога — ведущий симптом тревожных расстройств. Признаки патологической тревоги: тревожные реакции и избегание, возникающие часто и необоснованно; избегание ведет к потере контроля над тревогой; тревожные реакции возникают последовательно и продолжаются дольше обычного; снижается качество жизни и затрудняется социальная адаптация пациента [4].

Большинство отечественных и зарубежных исследований показывают, что те или иные признаки депрессивных и тревожных расстройств выявляются у каждого третьего пациента учреждений первичной медицинской сети. Тревожные расстройства относятся к наиболее распространенным формам психической патологии. Симптомы патологической тревоги выявляют у 30–40% больных, обращающихся к врачам общей медицинской практики. Тревожные расстройства часто сочетаются с депрессией и различными (преимущественно психосоматическими) заболеваниями [2, 3].

В современной психотерапии применение психодиагностических методик является не только неотъемлемой частью научных исследований, но и одним из эффективных подходов к решению ряда насущных проблем клинической практики. В деятельности учреждений общей медицины стандартизованная регистрация наблюдаемых на клиническом уровне психопатологических проявлений обеспечивает первичное выявление (скрининг) контингента больных, предположительно страдающих психическими расстройствами и в их числе тревожными расстройствами, а также оценку динамики состояния в процессе терапии [4].

Для квалификации тревоги используются шкалы, позволяющие с помощью субъективных (анкеты, опросники или шкалы самоотчета, заполняемые пациентом) и объективных (клинические рейтинговые шкалы, заполняемые экспертом-наблюдателем) методик оценивать психопатологические проявления и ранжировать их по степени тяжести. Использование объективных шкал требует участия квалифицированного специалиста. В общем виде любая оценочная шкала представляет собой фиксированный перечень утверждений (пунктов), каждый из которых соответствует определенным клиническим проявлениям. Набор входящих в шкалу пунктов разрабатывается на основе диагностических критериев тревожно-депрессивных расстройств и клинических данных, полученных в ходе обследования репрезентативной выборки, что гарантирует информативность и надежность оценки психических расстройств с помощью соответствующих стандартизованных показателей [1, 2, 4].

Тестирование пациентов позволяет выявить группу, в которой значение среднего суммарного показателя по соответствующим шкалам достоверно превышает нормативное, что предположительно свидетельствует о наличии тревоги. Эти больные нуждаются в тщательном клиническом обследовании. При необходимости, для детальной формализованной оценки состояния на

момент обследования и в динамике предпочтительны более чувствительные объективные клинические шкалы [2].

В исследованиях для диагностики и оценки эффективности лечения больных с тревожно-депрессивными расстройствами широко используются клинико-психологические шкалы, тесты и проективные методики. Одна из них - это Шкала тревоги Гамильтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS);

Шкала тревоги Гамильтона - это клиническая рейтинговая шкала, предназначенная для измерения тяжести тревожных расстройств пациента. Методика была создана на основе тщательного эмпирического анализа клинических данных. Шкала тревоги Гамильтона – важный, точный и удобный диагностический инструмент. Её заполнение происходит в процессе полуструктурированного интервью, во время которого специалист собирает анамнестические сведения и наблюдает за поведением и другими невербальными проявлениями исследуемых психопатологических феноменов. Не следует предъявлять шкалу пациенту и задавать ему прямые вопросы. Шкала тревоги Гамильтона считается "золотым стандартом" клинических научных исследований, так как позволяет клинически достоверно оценить выраженность тревожных расстройств в широком диапазоне. Базовой концепцией создания шкалы являлась дифференциальная диагностика тревоги в трех аспектах: тревога как нормальная реакция на опасность; тревога как патологическое состояние, не относящееся к воздействию стресса; тревога как симптомокомплекс тревожных расстройств [1].

Диагностические пункты, входящие в HARS: тревожное настроение, напряжение, фобии, инсомния, когнитивные симптомы, депрессивное настроение, соматические мышечные симптомы, соматические сенсорные симптомы, а также сердечно-сосудистые, респираторные, гастроинтестинальные, генито-уринарные, вегетативные симптомы, поведение в ходе интервью.

Цель: оценить эффективность проводимой терапии у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами при помощи шкалы Гамильтона для оценки тревоги.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 40 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет в психоневрологическом отделении учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №3» г. Гродно со следующими диагнозами по МКБ-10: F40, F41, F42, F43, F45, F32, F33. Из них 29 женщин и 11 мужчин. Обследование проводилось дважды: при поступлении и через две недели госпитализации – для отслеживания динамики состояния.

Было использовано два метода исследования: клиническая беседа и шкала Гамильтона для оценки выраженности тревоги. Шкала Гамильтона для оценки выраженности тревоги состоит из 14 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале Ликкена. 13 пунктов относятся к проявлениям тревоги в повседневной жизни. 14-ый - к проявлению тревоги при осмотре. В HARS варианты ответов стандартизированы: каждый пункт может внести равное количество баллов в значение шкалы, и нет необходимости прописывать

отдельные варианты ответов для каждого пункта, что значительно упрощает понимание шкалы и процедуру подсчёта, при этом 0 — симптом отсутствует, 4 — симптом выражен в очень тяжелой степени. Выраженность тревоги определяется по суммарному баллу, который варьирует от 0 до 56. Кроме общего балла может отдельно подсчитываться оценка по психическим симптомам тревоги (пункты 1-6) и соматическим симптомам (пункты 7-13). Значения в 17 баллов и менее свидетельствуют об отсутствии тревоги, 18-24 балла - о средней выраженности тревожного расстройства, 25 баллов и выше - о тяжёлой тревоге. Достоинствами шкалы являются: более высокая точность оценки по сравнению с другими шкалами и опросниками; достаточная чувствительность к изменениям состояния; возможность использования в широком возрастном диапазоне.

Результаты и их обсуждение. При первичном осмотре получены следующие данные: 35% пациентов имели высокий уровень тревоги (26-30 баллов), 55% - имели средний уровень тревоги (19-24 балла), для 10% - был характерен низкий уровень тревоги (17 и менее баллов).

В процессе клинической беседы пациенты предъявляли жалобы как психогенного, так и соматического характера преимущественно со стороны желудочно-кишечного тракта на боли в животе, тяжесть в области желудка, метеоризм, поносы, прогрессирование гастрита; сердечно-сосудистой системы: учащенное сердцебиение, боли в области сердца, чувство сдавления в груди; дыхательной системы: одышка, ощущение «комка в горле», чувство нехватки воздуха. Также многие пациенты жаловались на общую слабость, головную боль и головокружение.

Жалобы психогенного характера преимущественно на ощущение тревоги, страха, бессонницу, яркие сновидения, кошмары, невозможность расслабиться, раздражительность, плаксивость, беспокойство, ухудшение внимания и памяти, подавленность, резкие колебания настроения.

При повторном исследовании через две недели получены следующие результаты: 10% пациентов сохранили высокий уровень тревоги, 40% - со средним уровнем тревоги, для 30% – характерен низкий уровень тревоги, у 20% - тревога отсутствовала.

70% пациентов из всей группы получали комбинированную терапию в виде психофармакотерапии и психотерапии, 30% - монотерапию.

Выводы:

1) Выявлен высокий уровень тревоги у пациентов невротического профиля.

2) Тревога является одной из ведущих жалоб у пациентов в клинике неврозов.

3) Шкала Гамильтона для оценки уровня тревоги является объективным инструментом определения уровня тревоги у пациентов с уже выставленным диагнозом.

4) В процессе исследования была выявлена положительная динамика состояния пациентов.

5) Лучшая динамика наблюдалась у пациентов, получающих комбинированную терапию (психофармакотерапию и психотерапию), по сравнению с пациентами, получающими монотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М. А. Клиническая психодиагностика : учеб. пособие / М. А. Ассанович. – Минск : Беларусь, 2012. – 343 с.
2. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб. : Питер, 2002.
3. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – Москва : Класс, 2010. – 480 с.
4. Теории личности / Под ред. Л. Хьелл, Д. Зиглер - СПб. : Питер, 1997.

ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Карпович О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время качество жизни (КЖ) изучается специалистами многих отраслей науки (медицина, психология, социология и др.). КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [2]. Для оценки КЖ применяется метод анкетирования с использованием различных опросников. Самым распространённым и удобным в использовании является опросник SF-36, который обладает надёжными психометрическими свойствами и может использоваться для оценки качества жизни как здоровых, так и лиц с различной патологией, независимо от вида заболевания [1]. Хронические заболевания могут приводить к ограничению физических возможностей человека и тем самым негативно влиять на КЖ.

ГЭРБ – хроническое заболевание, сопровождающееся различными симптомами, причиняющими дискомфорт, в том числе и ночью, требующее от пациента пожизненного соблюдения диеты, часто постоянной терапии. Данные изменения в организме не только ограничивают привычный ритм жизни, но и могут явиться причиной эмоциональных расстройств. В ряде случаев не только само заболевание, но и его осложнения и сопутствующая патология оказывают отрицательное влияние на качество жизни. Гастроэзофагеальный рефлюкс является одной из наиболее частых причин возникновения синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС). Нарушения дыхания во время

сна усугубляют течение ГЭРБ и повышают риск развития таких грозных осложнений ГЭРБ, как пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода [3].

Таким образом, заслуживает интерес выявление закономерностей уровня качества жизни у пациентов с ГЭРБ, ассоциированной с СОАГС (ГЭРБ/СОАГС).

Цель. Целью исследования явилось изучение влияния ГЭРБ, ассоциированной с СОАГС, на качество жизни пациентов.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе терапевтического и кардиологического отделений УЗ «ГКБ №2 г.Гродно». Обследованы 46 человек в возрасте 30-60 лет (средний возраст обследуемых $47 \pm 10,2$ лет). Верификацию диагноза ГЭРБ проводили с помощью эзофагогастродуоденоскопии с биопсией слизистой пищевода на расстоянии 1 см выше Z-линии. Для выявления нарушений дыхания во сне проводилось респираторное мониторирование с помощью системы респираторного мониторирования SOMNOchek micro, производства Weinmann /Германия/, которая регистрирует дыхательный поток и храп через носовую канюлю, сатурацию, пульс и даёт возможность регистрировать микропробуждения и вегетативные RERAs, что позволяет определить, есть ли нарушения структуры сна. По результатам обследования сформированы группы: 1-я группа (n=27) – пациенты с ГЭРБ, ассоциированной с СОАГС; 2-я группа (n=19) – пациенты без ГЭРБ и СОАГС, которые составили группу контроля. Статистически значимых различий по полу и возрасту в основной и контрольной группах не было. Для оценки КЖ использовалась российская версия опросника SF-36, которую обследуемые заполняли самостоятельно.

Статистический анализ полученных данных осуществляли с использованием пакетов Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2010. Сравнение количественных показателей между тремя независимыми выборками производилось с использованием теста Крускала – Уоллиса. Попарное сравнение количественных показателей между двумя независимыми выборками производилось с использованием теста Манна – Уитни. Для выявления связи между двумя количественными показателями использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Уровень статистической значимости $p < 0,05$ принимался за достоверный. Значения представлены в виде Me (25%; 75%).

Результаты и их обсуждение. Интегральный показатель качества жизни пациентов с ГЭРБ/СОАГС достоверно ниже, чем в группе контроля: 68,3 [52,4; 79,1] и 78,9 [71,3; 82,1] соответственно, $p < 0,05$. Средний интегральный показатель физического компонента здоровья (PH) у пациентов 1-й группы значимо ниже пациентов 2-й группы: 60,0 [47,4; 85,0] и 77,5 [73,3; 87,8], $p = 0,02$. У пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно ниже такие показатели шкалы физического компонента здоровья как: физическое функционирование (85 [75; 90] и 95 [90; 95] соответственно, $p < 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (50 [25; 75] и 75 [50; 100] соответственно, $p < 0,05$), общее состояние здоровья (55 [45; 72] и 67 [62; 77] соответственно, $p = 0,02$). Показатели шкалы психологического

компонента здоровья (МН) у пациентов основной группы не отличались от таковых контрольной.

Выявлены гендерные различия в параметрах КЖ как среди сравниваемых групп, так и внутри группы пациентов с ГЭРБ/СОАГС. Интегральный показатель КЖ у женщин 1-й группы достоверно ниже контрольной: 48,9 [47,7; 52,4] и 77,9 [65,8; 80,5], $p < 0,05$. Также у женщин 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно ниже показатель РН (49,8 [48,3; 58,0] и 77,4 [67,0; 81,1] соответственно, $p < 0,05$) и интенсивности боли (41 [41; 42] и 72 [56,5; 92], $p < 0,05$). Установлено снижение некоторых показателей шкалы МН у женщин с ГЭРБ/СОАГС в сравнении с женщинами контрольной группы: жизненной активности (50 [45; 60] и 70 [57; 75], $p < 0,05$) и социального функционирования (62,5 [50,0; 62,5] и 81,0 [75,0; 87,5], $p < 0,05$). Мужчины 1-й группы отличались от 2-й только по показателю общего показателя здоровья, который был достоверно ниже в 1-й группе: 58,5 [45,0; 72,0] и 77,0 [67,0; 82,0] соответственно, $p < 0,05$.

У женщин из группы ГЭРБ/СОАГС в сравнении с мужчинами достоверно ниже интегральный показатель КЖ (48,9 [47,7; 64,6] и 75,2 [57,4; 79,1]), показатель МН (50,5 [46,7; 67,1] и 69,6 [63,6; 88,3]) и интенсивности боли (41 [41; 71] и 80 [62; 100]), $p < 0,05$.

У пациентов с ГЭРБ/СОАГС выявлена обратная корреляционная связь между индексом апноэ/гипопноэ (ИАГ), характеризующим степень тяжести СОАГС, и показателем РН ($r = -0,4$, $p < 0,05$), уровнем физического функционирования ($r = -0,5$, $p = 0,02$), уровнем жизненной активности ($r = -0,4$, $p < 0,05$).

Таким образом, можно констатировать неблагоприятное влияние ГЭРБ/СОАГС на самооценку КЖ пациентов, как с точки зрения физического (РН), так и психологического (МН) статуса.

Выводы.

1. У пациентов с ГЭРБ/СОАГС установлено достоверное снижение показателей КЖ за счёт физического компонента здоровья.

2. Установлены достоверные гендерные различия в параметрах КЖ (как физического, так и психологического компонентов здоровья) у пациентов с ГЭРБ/СОАГС.

3. СОАГС у пациентов с ГЭРБ в зависимости от степени тяжести апноэ оказывает отрицательное влияние на показатели физического и психологического компонентов здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович М.А. Клиническая психодиагностика. Специализированные методики и опросники [Текст] : учеб. пособие для студ. учреждений высш. образования по специальности "Медико-психологическое дело" : допущено М-вом образования Респ. Беларусь / М. А. Ассанович ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО "Гродн. гос. мед. ун-т", Каф. мед. психологии и психотерапии. - Гродно : ГрГМУ, 2013. - 519 с. : рис., табл. - Библиогр.: с. 513-515.

2. Затолока, П.А. и др. Качество жизни студентов медицинских вузов республики Беларусь / П.А. Затолока // Экологический вестник. - 2009; №2. – С. 55–60.
3. Lindam, A. Symptoms of Obstructive Sleep Apnea, Gastroesophageal Reflux and the Risk of Barrett's Esophagus in a Population-Based Case - Control Study / A. Lindam et al. // PLoS One. - 2015. - Vol. 10. - №6. - P. 831-836.

СВЯЗЬ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ НАПОЛНЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СО СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ

Кевляк-Домбровская Л.Э., Бозырь С.Р.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Понятие «экзистенциальная наполненность» впервые появилось в работах В. Франкла. Под ним автор понимал подлинное и глубокое проживание жизни, основанное на реализации человеком смыслов, запрашиваемых ситуацией. Такое проживание жизни возможно при наличии способностей самодистанцирования, самотрансценденции, свободы и ответственности.

Самодистанцирование выражается в умении отстраниться от собственных потребностей, желаний и эмоций, взглянуть на наличную ситуацию со стороны и «услышать» её требования. Человек как бы осуществляет «экзистенциальный поворот» от себя телесного и психического к внешнему миру, в котором для него и открывается смысл. Данный этап в теории В. Франкла является ключевым на пути осуществления экзистенции. После того, как запрос ситуации услышан, человеку необходимо вновь вернуться к себе, чтобы соотнести его требования со своими способностями, ценностями, идеалами и осуществить выбор между различными возможностями исполнения смысла и исполнения его в принципе. Тут одновременно проявляются свобода, ответственность, и способность к самотрансценденции. Человек сам свободно выбирает свой путь, принимая все его риски и ответственность за возможные последствия. При этом деятельность человека направляется не на удовлетворение своих телесных и психических потребностей, а на нечто большее и общее для всех. Следование избранному таким образом пути приносит ощущение экзистенциальной наполненности жизни [3].

В. Франкл выделял три группы ценностей, реализация которых приносит в жизнь осмысленность: ценности созидания, переживания и отношений. Ценности созидания реализуются в продуктивных творческих действиях, направленных на изменение и улучшение того, что можно улучшить. Они могут быть напрямую связаны с профессиональной деятельностью человека, если она не направлена лишь на удовлетворение собственных потребностей. Ценности переживания обнаруживаются «...в нашей чувствительности к явлениям окружающего мира – например, в благоговении перед красотой природы или произведений искусства...» [2]. Переживания человека, наслаждающегося чудесной музыкой или

великолепным пейзажем, так же создают чувство наполненности, осмысленности жизни. Ценности отношений проявляются в том, как человек принимает свою жизнь, со всеми её тяготами и ограничениями, как он к ней относится. Мужественно и стойко справляясь со своими страданиями, он может служить отличным примером, вдохновляя и воодушевляя других. Поэтому ценности отношений могут быть реализованы, даже когда не доступна творческая деятельность и жизнь не богата переживаниями. В разные периоды времени жизнь предоставляет возможности для реализации ценностей той или иной группы, задача же человека состоит в том, чтобы увидеть эти возможности и воспользоваться ими [2].

А. Лэнгле, ученик В. Франкла, имел схожие представления об экзистенциальной наполненности. Однако, если Франкл считал, что на пути к полному проживанию жизни ключевым моментом является самодистанцирование, то Лэнгле признавал не меньшую значимость последующего поворота на себя, точнее на персональное в себе. Персональное или духовное измерение, названное Лэнгле **Person**, третье измерение, после телесного и психического, заключающее в себе саму сущность человека, эссенцию, присущую только ему одному. Оно выступает связующим звеном между внутренним миром человека и тем, что находится вовне.

Person объединяет всех людей и вместе с тем позволяет каждому человеку быть уникальным. Обращение к Person даёт возможность обрабатывать приходящую извне информацию, определённым образом относиться к ней, занимать позицию. Обращаясь к Person, человек вступает в диалог с самим собой, и через этот диалог открывает нечто постоянное внутри себя, на основе чего строится собственный уникальный путь к самореализации.

Жизнь человека может быть экзистенциально наполненной при выполнении ряда условий. Первое: у человека должна быть прочная опора, которая будет поддерживать его, даже если все остальное, во что он верил, внезапно разрушится. Второе: человек должен быть открыт любым своим чувствам, должен уметь воспринимать жизнь во всех её красках. Третье: человек должен позволить себе быть таким, какой он есть на самом деле, на основе чего он сможет принять и ценность Другого. И, наконец, четвёртое: человеку нужно найти то, что он должен сделать в этом мире. Теперь ему нужно услышать запрос, предъявляемый ситуацией, и снова обратиться к себе с вопросом, что лично он хочет сделать в этой ситуации. Не даром А. Лэнгле определял смысл как «самую ценную возможность ситуации» [1].

Все перечисленные условия являются темами четырёх фундаментальных мотиваций, в процессе переработки которых формируются фундаментальное доверие, фундаментальная ценность бытия в мире, самооценочность и феноменологическая установка [1].

Близким к понятию экзистенциальной наполненности можно считать самоактуализацию. В теории А. Маслоу самоактуализация рассматривается как врождённая потребность. Суть её состоит в том, что каждый человек так или иначе нацелен на полное раскрытие своего потенциала. «Самоактуализироваться – значит стать тем человеком, которым мы можем

стать, достичь вершины нашего потенциала» [5]. И вместе с тем мы никогда не сможем достичь этой вершины, поэтому самоактуализация рассматривается не как конечная цель, а как непрерывный процесс развития и применения своих способностей [5].

К. Роджерс, представитель феноменологического направления теории личности, так же, как и А. Маслоу, считал, что человек по своей природе ориентирован на постоянное движение вперед и развитие. Такую ориентацию он назвал мотивом или тенденцией самоактуализации. «В контексте теории Роджерса тенденция самоактуализации — это процесс реализации человеком на протяжении всей жизни своего потенциала с целью стать полноценно функционирующей личностью» [5]. Причём её влияние на человека столь сильно, что лишь значительные ограничения и антагонистические воздействия способны препятствовать её выражению. Тенденция самоактуализации начинает проявляться не только после удовлетворения ряда потребностей, как считал А. Маслоу, она, имея начало в физиологических процессах организма (эволюция, дифференцировка тканей и органов, их развитие и постоянное обновление), оказывает влияние на психику и поведение человека в течение всей его жизни. В целом Роджерс предположил, что фактически всё поведение людей направлено на их актуализацию.

Понятие черт личности наиболее полно раскрывается в диспозиционном подходе, представителями которого являются Г. Олпорт, Р. Кеттел, Г. Айзенк. Под понятием «черта личности» понимается предрасположенность вести себя сходным образом в широком диапазоне ситуаций. Черты — это психологические особенности, преобразующие поступающие стимулы и определяющие ответную реакцию. Отсюда следует, что поведение человека и его уникальность обуславливаются имеющимся устойчивым набором черт, которые составляют основу или ядро личности, обеспечивая её целостность. Г. Олпорт разделил черты личности на общие (присущие определенному количеству людей в пределах данной культуры) и индивидуальные. Последние в свою очередь были поделены на три группы: кардинальные, центральные и вторичные. Кардинальные — это наиболее генерализованные диспозиции, к влиянию которых можно свести все поступки человека. Центральные диспозиции не такие всеобъемлющие, но зато их легко могут обнаружить окружающие. Вторичные — менее всего обобщённые, менее устойчивые диспозиции, проявляющиеся лишь в некоторых особых условиях.

Классификацию черт личности представил Р. Кеттел, разделив их на исходные, представляющие собой основополагающие структуры, благодаря которым поведение человека и характеризуется своим постоянством, и поверхностные, состоящие из наблюдаемых проявлений нескольких исходных черт. Кеттел установил, что основополагающая структура образована примерно шестнадцатью исходными чертами. Черты личности могут быть сформированы как на основе внутренних физиологических особенностей человека, так и под влиянием социального и физического окружения. Поэтому исходные черты были разделены на конституциональные и черты, сформированные окружающей средой.

Г. Айзенк разработал собственную теорию, в которой представил модель личности в виде иерархической структуры. Вершинами иерархии являются три основные суперчерты. В свою очередь, каждая из суперчерт построена из нескольких составных черт. Черты же состоят из привычных реакций, формирующихся из множества специфических реакций. Г. Айзенк считал, что для объяснения большей части поведенческих проявлений человека достаточно изучения трех представленных суперчерт. Основа формирования каждого типа и черты, по мнению автора, заложена в нейрофизиологических процессах организма [5]. Таким образом, представители диспозиционного подхода под чертами личности понимали такие психологические свойства человека, которые составляют основу его личности, обеспечивая определенное поведение человека в широком диапазоне ситуаций и его уникальность.

Объект исследования: экзистенциальная наполненность личности. Цель исследования: установление наличия связи между уровнем экзистенциальной наполненности и степенью выраженности черт личности. Методы и методики исследования: тесты-опросники Шкала экзистенции и 16-ти факторный личностный опросник Кеттела, математическая обработка данных по методу ранговой корреляции Спирмена. Выборка исследования: эмпирическую базу исследования составили 39 участников: 28 девушек и 11 парней в возрасте от 18 до 20 лет, студенты 2 курса медико-психологического и педиатрического факультетов УО «Гродненский государственный медицинский университет».

В результате проведенного исследования определён уровень экзистенциальной наполненности у участников исследования. Для абсолютного большинства испытуемых характерен средний уровень экзистенциальной наполненности, результаты ни одного из участников по интегральному параметру ШЭ не достигли высоких значений, и у четверти респондентов результаты оказались низкими. Наиболее высокие значения были получены по шкалам ST и F.

Выявлена степень выраженности черт личности испытуемых. В основном для участников исследования характерна средняя степень выраженности различных черт, однако у многих была выделена черта подозрительности. Почти у 40% испытуемых оказались выраженными такие черты личности, как сдержанность, замкнутость, робость, консерватизм и эмоциональная нестабильность.

Установлено и подтверждено с помощью корреляционного анализа наличие наиболее значимой положительной корреляционной связи между общим уровнем экзистенциальной наполненности и фактором С, и отрицательной его связи с факторами О и Q₄, вследствие чего был сделан вывод, что уровень экзистенциальной наполненности наиболее высок при выраженности таких черт личности, как эмоциональная стабильность, спокойствие и расслабленность. Кроме того, показатель экзистенциальной наполненности высок у людей с адекватной самооценкой, имеющими черты доминантности, смелости, рационализма и конформности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лэнгле, А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности / А. Лэнгле [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.e-reading.club/book.php?book=1037474>. – Дата доступа: 16.11.2017.
2. Франкл, В. Человек в поисках смысла / В. Франкл [Электронный ресурс]. – Москва, 1990. – Режим доступа: http://librebook.me/man_s_search_for_ultimate_meaning. – Дата доступа: 16.11.2017.
3. Коптева, Н.В. Теоретические и эмпирические конструкты экзистенциальных уверенности и исполненности в концепциях Р. Лэйнга и А. Лэнгле / Н.В. Коптева // Психол. Истор.-крит. обзоры и соврем. исслед [Электронный ресурс]. – Москва, 2016. – №4. – С. 20-32. – Режим доступа: <http://www.publishing-vak.ru/file/archive-psychology-2016-4/2-kopteva.pdf>. – Дата доступа: 16.11.2017.
4. Лэнгле, А. Жизнь, наполненная смыслом / А. Лэнгле [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://knigogid.ru/books/382645-zhizn-napolnennaya-smyslom-prikladnaya-logoterapiya/toread>. – Дата доступа: 16.11.2017.
5. Хьелл, Л. Теории личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.grabovskaya.by/content/library/larri-hell-daniel-zigler-teorii-lichnosti> – Дата доступа: 16.11.2017.

РОЛЬ ВОЛОНТЕРОВ В АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПСИХОХРОНИКОВ В ДОМЕ-ИНТЕРНАТЕ «МУРОВАНКА»

Королева Е.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы.

Реабилитация - это весь комплекс необходимых психологических и социальных мер, направленных на то, чтобы помочь каждому из психоневрологических инвалидов достичь максимально возможного для него уровня социального функционирования.

Дефектом проводимых в настоящее время реабилитационных мероприятий является: недостаточный выбор видов труда, низкая эмоциональная насыщенность трудовых процессов, несоответствующих ценностным ориентациям личности.

Мысль о том, что инвалидам должны предоставляться равные возможности со здоровыми, что они не должны подвергаться сегрегации и дискриминации, еще не овладела ни нашим обществом в целом, ни даже теми его членами, которые непосредственно причастны к судьбам инвалидов.

Отношение покровительства, доминирования, подчинения власти со стороны здоровых – это то, с чем чаще всего сталкиваются инвалиды. Для того чтобы процесс реабилитации был эффективным, нужно проанализировать сущность социальных ограничений, те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность.

В первую очередь можно говорить о физическом ограничении, или изоляции инвалида, – это обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и (или) ориентироваться в пространстве. С другой стороны, факторы внешней среды могут усугубить либо, напротив - компенсировать влияние этих недостатков. Принято говорить не только о безбарьерной среде для инвалида, но также о дружественной или недружественной среде.

Второй барьер – это трудовая сегрегация, или изоляция. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. При этом крайне важно отметить, что барьер между личностью инвалида и продуктивным трудом может обуславливаться и отсутствием трудовой мотивации с его стороны.

Труднопреодолимым барьером для инвалида является пространственно-средовой. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения, сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения.

Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Важное препятствие представляет *информационный барьер*, который имеет двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки).

С другой стороны, **существует информационный барьер**, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы. По этой причине могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов, особенностях их личности.

Эмоциональный барьер также является двусторонним. Из практики зарубежных социальных систем пришел к нам принцип независимой жизни лиц с ограниченными возможностями, который состоит в их максимальном развитии и использовании способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению, что делает их эмоциональную жизнь богаче.

Дефицит внимания к осознанным нуждам пациентов. Пациенты могут оценивать свои нужды несколько в другом ключе, чем специалисты (лечение, трудотерапия и пр.).

Проживание в домах-интернатах, таким образом, означает не только длительное пребывание человека на одном месте, но и формирование его стиля жизни.

Потребности людей с ограничениями в формах и условиях проживания исходят из таких же индивидуальных запросов, как и потребности у людей без

ограничений; поэтому проживание людей с ограничением ничем не отличается от проживания людей без ограничений, за исключением того, что у них проживание связано с более тяжелыми условиями и сопровождается снижением мобильности.

Эти условия вытекают не столько из нарушения физических или умственных функций этих людей, сколько из ограниченного их участия в социальной и культурной жизни и общественного мнения.

Поэтому качество услуг и помощи в их среде оказывает непосредственное влияние на качество жизни пользователей этих услуг.

Целью рееадаптации является оценка потенциальных возможностей проживающих в доме-интернате с умственной отсталостью для возможного улучшения их социально-трудоового статуса и повышения качества их жизни.

При этом задачами являются:

- повышение психологической адаптации,
- повышение уровня самооценки,
- улучшение качества жизни,
- повышение возможности взаимодействия в коллективе,
- получение удовлетворения от жизни,
- ликвидация или смягчение социальной дезадаптации,
- привлечение внимания общественности к нуждам и потребностям проживающих в ГУ «Мурованский дом-интернат для психоневрологических больных».

Программа рееадаптации должна быть сугубо индивидуальной и исходить из нужд каждого конкретного человека и должна приспособливаться к уровню функционирования пациентов.

Выводы:

1. При проведении программы рееадаптации, прежде всего, необходимо соотнести «актив» и «пассив» каждого пациента, позитивные и негативные моменты, обращая в первую очередь внимание на следующее:

- реабилитационное вмешательство направлено не на причины болезни, а на функционирование личности в настоящее время.

2. Положительное влияние оказывает постановка целей рееадаптации совместно с проживающим и осознание им этой цели. «Цели влияют на функционирование, направляя внимание, стимулируя настойчивость и создавая мотивацию для стратегических решений». Они страдают «дефицитом надежды»: в планировании не отражается вера в реабилитационный потенциал лиц с хр. психическими заболеваниями.

Необходимо вовлекать самого пациента в эту работу и показать возможность его развития в выбранном им окружении. Необходимо иметь в виду, что лица с психическими расстройствами имеют такие же надежды и ставят перед собой такие же цели, как и здоровые люди.

3. Лица с психическими расстройствами должны получать необходимую и желательную помощь, не уронив при этом своего человеческого достоинства.

4. Улучшение функционирования личности в конкретном окружении.

Основными видами реадaptации инвалидов должны быть:

1. Медицинская реабилитация включает в себя комплекс медицинских мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности.

2. Социально-средовая реабилитация инвалидов – это комплекс мер, направленных на создание оптимальной среды их жизнедеятельности, обеспечение условий для восстановления социального статуса и утраченных связей. Такая реабилитационная деятельность нацелена на обеспечение инвалидов специальным оборудованием и оснащением, которое позволяет им быть относительно независимым в бытовом плане.

3. Профессионально-трудовая реабилитация. Этот вид реабилитации дополняет медицинскую и физическую, является важной составной частью индивидуальной программы реабилитации и призван улучшить качество жизни и адаптировать к трудовой деятельности путем остаточной трудоспособности.

При этом используются:

- профессиональная ориентация;
- профессиональное обучение;
- при возможности - рациональное трудоустройство.

Психологическая реабилитационная работа показывает положительную динамику, как отдельного инвалида, так и общую положительную динамику всей группы инвалидов: снижается уровень психического напряжения, повышается уровень коммуникации. У некоторых инвалидов, уже на первом реабилитационном игровом занятии наблюдается «психологический прорыв», инсайт, осознание своих психологических трудностей, проблем и способы их решения. Также позволяет инвалиду успешно адаптироваться в окружающей среде и в обществе в целом.

Психологическая реабилитация инвалида включает, кроме работы с профессионалами, и работу с волонтерами, привлечение инвалидов к участию в группах поддержки, группах общения.

Эти функции прекрасно осуществляют волонтеры. Это группа студентов 4 и 5 курсов медико-психологического факультета ГрГМУ в количестве 8 человек в течение года регулярно раз в неделю общались с проживающими в доме-интернате. Они обучали проживающих более свободной коммуникации, снимали имеющееся у них напряжение при общении, проводили игровые занятия, спортивные мероприятия. Все это способствовало пониманию и осознанию некоторых своих проблем и психологических трудностей, появлению мотивации к развитию у себя некоторых способностей, появлению мотивации что-то изменить у себя, чему-то научиться. Благодаря чему 9 молодых людей из проживающих получили некоторые строительные специальности, а 8 женщин обучились специальности – швея.

Благодаря волонтерам может, наконец, создаваться *безбарьерная среда и доступ к информации* для проживающих в домах-инвалидов для психохроников, которую пытаются восстановить во всем мире для таких инвалидов.

Система представительства лица с ограничением, имеющая законодательную основу, в будущем должна быть заменена системой поддержки, каждый человек с ограничением имеет, как и любой другой человек, право на уважение и развитие его физических и духовных возможностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристова, Н.Г. Инвалидность как социальная и социологическая проблема / Н.Г. Аристова // Современная семья в изменяющемся обществе. - М., 1995.
2. Белов, В.П. Реабилитация: система деятельности и наука / В.П. Белов, В.А. Галкин // Реабилитация больных нервными психическими заболеваниями. Д., 1973. — С.12-14.
3. Белов, В.П. Реабилитация больных как целостная система / В.П. Белов, А.В. Шмаков // Вестник Академии мед. наук СССР. М., 1977, №4. - С. 60-67.
4. Бендашвили, Г.Х. Организация обучения и трудоустройства инвалидов в психоневрологическом интернате / Г.Х. Бендашвили // Проблемы медико-социальной помощи инвалидам и престарелым в домах-интернатах: Сборник научных трудов. - М., 1981. С. 80-86.
5. Бокарев, Н.Н. Социальный потенциал личности и его реализация на разных этапах жизненного цикла. /Н.Н.Бокарев// Талант, знания, опыт старшего поколения на пользу Родине. - М.: МГСУ, 2000. - С. 174-176.

ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ В СВЯЗИ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Вакульчик И.С.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
Минск, Республика Беларусь

Официальная статистическая информация по инвалидности населения Республики Беларусь вследствие психических и поведенческих расстройств по проведенным нецентрализованным государственным статистическим наблюдениям ежегодно отражается в форме 1-психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных средств) и контингентах наблюдаемых пациентов» (раздел V «Контингент пациентов, имеющих группу инвалидности»), которая утверждена постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 11 августа 2017 г. № 89 [2].

По административным территориям Республики Беларусь производится сбор данных о численности пациентов, впервые признанных инвалидами в отчетном году, численности пациентов, имеющих группу инвалидности на конец отчетного года, из них пациентов в трудоспособном возрасте, женщин. Отдельными графами выделяется информация о пациентах, имеющих III группу

инвалидности, детях-инвалидах. Указываются также данные о численности пациентов, признанных инвалидами, вследствие различных нозологических форм психических и поведенческих расстройств. Справочная информация содержит сведения о численности работающих инвалидов, а также инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, на конец года.

В 2017 г. показатель первичной инвалидности по психическим расстройствам и расстройствам поведения, кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных средств, составил 3,90 на 10 000 населения, в детской популяции – 3,57 на 10 000 детского населения. Уровень первичной инвалидности вырос за последние пять лет в общей популяции – на 36,1%; среди детей – на 55,3% и является максимальным за указанный период, как в общей, так и в детской популяции.

Наибольший вклад в инвалидизацию населения при психических и поведенческих расстройствах вносят органические, включая симптоматические, психические расстройства (27,6% от общей численности инвалидов при данной патологии, из них деменции – 14,2%, психические расстройства вследствие эпилепсии – 8,2%), шизофрения (28,8%), умственная отсталость (33,7%).

В структуре первичной инвалидности пациентов трудоспособного возраста, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, также преобладали хронические инвалидизирующие заболевания (шизофрения и шизофреноподобные расстройства, умственная отсталость, органические психические расстройства). Основная масса пациентов трудоспособного возраста, направляемых врачами-психиатрами-наркологами на МРЭК для установления группы инвалидности, не работали на протяжении длительного времени, имели признаки социальной и трудовой дезадаптации.

К причинам роста инвалидности при психических расстройствах следует также отнести увеличение количества обращений по поводу установления группы инвалидности пациентам трудоспособного возраста, ранее не обращавшимся за оказанием психиатрической помощи, находящимся на иждивении у членов семьи, официально не трудоустроенным, не имеющим группы инвалидности – в целях получения социальных льгот в связи с действием Декрета Президента Республики Беларусь от 2 апреля 2015 г. № 3 «О предупреждении социального иждивенчества» [1]. На рост показателя инвалидности оказало влияние также увеличение числа обращений родственников пожилых людей, страдающих органическими психическими расстройствами (в первую очередь, различными формами деменции), за установлением группы инвалидности для решения социальных вопросов (получение пособий по уходу, предметов индивидуального ухода, бесплатных лекарственных средств и др.).

Таким образом, рост показателя первичной инвалидности в связи с психическими расстройствами обусловлен, в первую очередь, социальными факторами.

В структуре причин детской инвалидности наибольший удельный вес приходится на умственную отсталость (69,2%) и расстройства аутистического спектра (19,9%). Рост показателя инвалидности среди детского населения в некоторых регионах республики в 2016-2017 гг. (Брестской и Витебской областях) положительно коррелировал с увеличением выявляемости пациентов с расстройствами аутистического спектра.

Следует отметить, что более раннее установление инвалидности в детском возрасте является более приемлемым с точки зрения эффективности реабилитационных мероприятий, так как позволяет расширить реабилитационные возможности ребенка, улучшить показатели здоровья в период наибольшей подвижности психических процессов.

В 2017 г. численность пациентов, имеющих группу инвалидности на конец года вследствие психических и поведенческих расстройств, составила 57 010 человек, из них 26 769 женщин. Показатель общей инвалидности по психическим расстройствам в 2017 г. составил 60,06 на 10 000 населения; в детской популяции – 28,73 на 10 000 детского населения (в 2013 г. – 51,99 и 23,11 соответственно). Таким образом, в период 2013-2017 гг. произошел рост показателя общей инвалидности на 15,5%, а в детской популяции – на 24,3%.

Из общего контингента инвалидов 29 569 человек (51,9%) находились в трудоспособном возрасте; численность детей-инвалидов составила 5 321 человек. III группу инвалидности имели 4 433 человека – 8,6% от численности инвалидов в возрасте 18 лет и старше, что является показателем высокой тяжести инвалидности при психических и поведенческих расстройствах.

Численность работающих инвалидов с психическими и поведенческими расстройствами на 01.01.2018 составила 2 150 человек или 8,5% (в 2013 г. – 9,2%). Количество инвалидов, работающих в специальных условиях (в специальных цехах и лечебно-производственных мастерских) составило 14,2% от общего числа работающих инвалидов.

Количество инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания психоневрологического профиля Министерства труда и социальной защиты, за период 2013-2017 гг. выросло на 16,7%, с 12 728 человек в 2013 г. до 14 853 – в 2017 г., что составило соответственно 25,9% и 26,1% от общей численности инвалидов по психическим расстройствам в указанные годы.

Количество детей-инвалидов, находящихся в детских стационарных учреждениях психоневрологического профиля, за период 2013-2017 гг. уменьшилось на 41,2%, с 913 детей в 2013 г. до 537 детей в 2017 г., что составило соответственно 7,2% и 3,6% от общего количества детей, признанных инвалидами по психическим заболеваниям в указанные годы.

В целях обеспечения равенства прав инвалидов и защиты от дискриминации по признаку инвалидности в республике утвержден Национальный план действий по реализации в Республике Беларусь положений Конвенции о правах инвалидов на 2017-2025 годы, которым предусмотрена организация оказания эффективной медицинской помощи, абилитации и реабилитации инвалидов, включая подростков и молодых людей с

инвалидностью, путем обеспечения полного доступа инвалидов к информации и услугам в области охраны здоровья [3]. Оказание психиатрической помощи инвалидам осуществляется с учетом соблюдения их прав на добровольное информированное согласие людей с инвалидностью в отношении получения услуг в сфере психического здоровья.

Статьей 17 Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» (далее – Закон) предусмотрено право пациента, независимо от наличия либо отсутствия инвалидности по психическому расстройству, или его законного представителя на предварительное согласие на оказание психиатрической помощи. При добровольном обращении за оказанием психиатрической помощи пациент или его законный представитель дают согласие на оказание психиатрической помощи, которое оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом [4].

Лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается в порядке, установленном Законом, с письменного согласия законного представителя.

При отсутствии законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, оказание психиатрической помощи осуществляется по решению органа опеки и попечительства. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в порядке, установленном законодательными актами.

Статьей 18 Закона предусмотрено право пациента или его законного представителя отказаться от оказания психиатрической помощи, за исключением случаев, установленных настоящим Законом [4].

В случае отказа от оказания психиатрической помощи пациенту или его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Отказ от оказания психиатрической помощи и сведения о возможных последствиях отказа оформляются записью в медицинских документах и подписываются пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом.

Таким образом, в республике в полной мере реализуются права инвалидов на добровольное информированное согласие в отношении получения услуг в сфере психического здоровья. Контроль за соблюдением указанных прав осуществляется органами управления здравоохранением административных территорий и Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Декрет Президента Республики Беларусь от 2 апреля 2015 г. № 3 «О содействии занятости населения» // Национальный правовой Интернет-портал [Электронный ресурс]. – 04.04.2015. – 1/15728. – Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=Pd1500003>. – Дата доступа: 23.03.2018.

2. Постановление Национального статистического комитета Республики Беларусь от 11 августа 2017 г. № 89 «Об утверждении формы государственной статистической отчетности 1-психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных средств) и контингентах наблюдаемых пациентов» и указаний по ее заполнению» // Национальный правовой Интернет-портал [Электронный ресурс]. – 23.08.2017. – 7/3861. – Режим доступа: <http://www.zakon.by/document/?guid=3961&p0=T21703861p>. – Дата доступа: 23.03.2018.

3. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 13 июня 2017 г. № 451 «Об утверждении национального плана действий по реализации в Республике Беларусь положений конвенции о правах инвалидов на 2017-2025 годы» // Национальный правовой Интернет-портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pravo.by/novosti/obshchestvenno-politicheskie-i-v-oblasti-prava/2017/june/24598/?sphrase_id=540114. – Дата доступа: 23.03.2018.

Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» 7 января 2012 г. № 349-З // Национальный правовой Интернет-портал [Электронный ресурс]. – 2012 г. – № 10. – 2/1901. – Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11200349>. – Дата доступа: 23.03.2018.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ: АНАЛИЗ СИТУАЦИИ И ТЕНДЕНЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кралько А.А., Короткевич Т.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Актуальность. Запрещенные наркотические средства по-прежнему представляют одну из основных угроз для безопасности европейских стран, в том числе для Республики Беларусь. Во всем мире происходит как минимум 190 000 преждевременных смертей из-за употребления наркотиков, многих из которых можно было избежать, при этом большая их часть связана с употреблением опиоидов [1]. Согласно оценкам Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании около одной пятой всех доходов от преступной деятельности поступает из сферы незаконной торговли наркотиками. Граждане Европейского союза ежегодно тратят на наркотики от 21 до 31 млрд. евро [2].

В Республике Беларусь ситуация с распространением наркотиков и профилактикой наркопотребления находится под жестким государственным контролем. Вместе с тем, ускорение происходящих на рынках запрещенных наркотиков изменений, наблюдаемое в последние годы, затронуло и нашу страну. Для своевременного планирования профилактических мероприятий, в том числе направленных как на снижение спроса на наркотики, так и на снижение их предложения, необходимо регулярно проводить анализ

распространенности наркопотребления и оценивать изменения, происходящие в структуре потребления наркотических средств.

Цель работы: проанализировать эпидемиологическую ситуацию с наркопотреблением в Республике Беларусь и сопоставить ее с изменением тенденций на рынке запрещенных наркотических средств.

Методы исследования: для оценки распространенности наркопотребления использовался статистический метод в совокупности с методом эпидемиологического анализа; для изучения тенденций потребления наркотических средств – метод экспертных оценок.

Результаты и их обсуждение. По данным государственной статистической отчетности на 1 января 2018 года под наблюдением наркологической службы с синдромом зависимости от наркотических средств состояло 8025 человек, что составляет 84,6 на 100 тыс. населения, в том числе 1652 женщины и 11 несовершеннолетних. Под профилактическим наблюдением в связи с употреблением наркотических средств с вредными последствиями в республике находилось 5046 человек или 53,3 на 100 тыс. населения, из них 579 женщин и 67 несовершеннолетних.

Анализ динамики изменения числа пациентов с синдромом зависимости от наркотических средств свидетельствует, что с середины 90-х годов XX века наблюдался ежегодный прирост этого показателя, вплоть до 2013 года. В 2013 году под наблюдением врачей-психиатров-наркологов находились 10448 пациентов с наркотической зависимостью, что в 2,3 раза больше, чем в 2000 году. В последующие годы стала отмечаться тенденция к снижению числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением. В 2017 году их количество снизилось на 23,2% по сравнению с 2013 годом.

На наш взгляд, на снижение обращаемости пациентов с зависимостями от наркотических средств к врачам-психиатрам-наркологам повлияли три основных фактора: ужесточение с 2014 года наказаний за незаконный оборот наркотических средств, изменение структуры потребления наркотических средств и резкое снижение мотивации наркопотребителей на лечение. При этом все три указанных фактора в определенной степени взаимосвязаны.

Ужесточение наказаний за незаконный оборот наркотических средств обусловлено принятием Декрета Президента Республики Беларусь от 28 декабря 2014 г. № 6 «О неотложных мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков», вследствие чего часть потребителей психоактивных веществ была привлечена к уголовной ответственности и в настоящее время отбывает наказание в исправительных учреждениях.

Для реагирования на ситуацию, связанную с возросшим числом случаев распространения и потребления, особенно в молодежной среде, некурительных табачных изделий, предназначенных для сосания (насвай, снюс и др.) Кодекс Республики Беларусь об административных правонарушениях по инициативе Министерства внутренних дел Республики Беларусь дополнен статьей 16.10, которая предусматривает ответственность за незаконные действия с некурительными табачными изделиями.

Существенное влияние оказало также ужесточение законодательства, предусматривающее реальное лишение свободы за повторное появление в общественном месте в состоянии наркотического опьянения либо употребление психоактивных веществ в общественном месте. Например, в 2016 году органами внутренних дел составлено 1,5 тыс. протоколов об административных правонарушениях за нарушение статьи 17.3 Кодекса Республики Беларусь об административных правонарушениях (потребление наркотических средств в общественном месте), взыскано штрафов на сумму 175,162 тыс. рублей, возбуждено 35 уголовных дел. Такая ситуация повлияла на мотивацию для обращения за наркологической помощью остальной части лиц, потребляющих психоактивные вещества. Из-за боязни разглашения информации об их обращении и из-за опасений ограничения их прав наркопотребители стали реже обращаться за медицинской помощью.

Примерно в этот же период происходило изменение структуры наркопотребления. Зависимые от наркотических средств лица стали переходить на потребление синтетических наркотических веществ, более активно началось потребление марихуаны. Возможно, на этот процесс повлияло не только изменение рынка, но и резкое снижение доступа к наркотикам опийной группы вследствие реализации Декрета Президента Республики Беларусь от 14 января 2014 г. № 1 «О некоторых вопросах государственного регулирования оборота семян мака». Вероятность развития состояний, требующих оказания медицинской помощи потребителям так называемых «легких наркотиков» значительно снизилась, что привело к снижению их обращаемости в организации здравоохранения.

В связи с тем, что заболеваемость в Республике Беларусь определяется по количеству пациентов, обратившихся за медицинской помощью и данные официальной статистики не отражают истинное число наркопотребителей, был проведен ряд исследований по оценке реального числа потребителей наркотических средств в республике.

В 2000-2001 гг. Министерством здравоохранения Республики Беларусь совместно с Всемирной организацией здравоохранения осуществлено эпидемиологическое исследование по экспресс-оценке распространенности внутривенного потребления наркотиков в общей популяции г. Минска. В 2001 г. на учете в Минске состояло 2209 потребителей инъекционных наркотиков (далее - ПИН). По проведенным оценкам, реальное число таких лиц в городе могло составлять от 12 до 15,6 тысяч.

В 2006 г. в ходе дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией была проведена оценка численности ПИН в республике. Анализировались различные источники официальной информации, данные поведенческих исследований среди ПИН, а также данные опроса различных групп населения. В ходе оценки численности данной группы использовался статистический метод частотных коэффициентов, триангуляции и верификации полученных данных. Было определено, что численность ПИН составляет 50000 - 52000 человек.

В 2008 г. в Центре мониторинга за наркотиками и наркопотреблением г. Гродно изучена общая численность ПИН в Беларуси с использованием статистического метода «повторного захвата». Для расчета анализировалась база данных наркологической службы и отдела профилактики ВИЧ/СПИД Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья. Общая оценочная численность ПИН в Беларуси на конец 2007 г. составила 76281 человек (69200 - 83400).

Согласно специальному исследованию в рамках гранта Глобального фонда оценочное число ПИН в 2015 году составило 66500 человек.

Анализ социальных характеристик потребителей наркотических средств показывает, что в большинстве это люди в возрасте 19 – 40 лет, из них:

- лица в возрасте от 19 до 25 лет – более 30%;
- мужчины – более 80%;
- не работают свыше 20 лет – 52%;
- образование: среднее – 55% или средне-специальное – 32%;
- семейное положение: холост (незамужем) – 61%;
- были осуждены – 51% (однократно – 24%; два и более раз – 28%).

Следует отметить, что на мировом наркорынке постоянно происходит изменение структуры предлагаемых наркотических средств. Во Всемирном докладе о наркотиках, опубликованном в 2017 году, отмечается, что спектр веществ, доступных на рынке наркотиков, значительно расширился [1]. Производство новых психоактивных веществ (NPS) интенсивно развивается. Например, к 2015 году количество зарегистрированных веществ почти удвоилось – до 483 по сравнению с 260 видами NPS в 2012 году. В 2016 году мировое производство опия увеличилось на одну треть по сравнению с предыдущим годом, что было вызвано увеличением урожая опийного мака в Афганистане. В докладе также указывается на расширение рынка кокаина. Так, в 2013-2015 годах культивирование кокаинового куста увеличилось на 30%, главным образом, в Колумбии. После определенного спада появились признаки того, что потребление кокаина растет на двух крупнейших рынках, в Северной Америке и Европе [1].

В 2013 году в Республике Беларусь отмечалось активное распространение героина и метадона в местах компактного проживания этнических цыган (в Витебске, Могилеве, Минске). Однако самыми распространенными в Беларуси наркотиками были наркотики опийной группы (экстракционный опий). В некоторых районах, граничащих с Россией, отмечалось увеличение числа выявленных потребителей амфетамина, метамфетамина. В 2013 году резко увеличилось (более чем в 80 раз) количество случаев потребления курительных смесей, особенно остро эта проблема стояла в столице.

В настоящее время спайса употребляется меньше, а «классика» возвращается, в большинстве случаев изымается гашиш и психотропы. Также приобрели популярность и стали одними из наиболее распространенных аналоги опасных синтетических психостимуляторов, как их часто называют, «соли» или «скорости». Они распространяются в виде кристаллов различных

цветов и обладают выраженным психотропным эффектом. Такие «традиционные» наркотики, как героин, стали встречаться гораздо реже.

Выводы. Анализ эпидемиологической ситуации с наркопотреблением в Республике Беларусь свидетельствует о тенденции к снижению обращаемости зависимых от психоактивных веществ лиц в организации здравоохранения на фоне сохранения значительного уровня латентной наркомании. Структура наркопотребления постоянно изменяется, на ее состояние в первую очередь, влияет степень доступности наркотических средств. Низкая мотивация лиц с синдромом зависимости от наркотических средств на обращение за медицинской помощью свидетельствует о необходимости развития в республике низкопороговых программ лечения и реабилитации наркозависимых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирный доклад о наркотиках, 2017 год. Резюме, выводы и политические последствия. - Организация Объединенных Наций: Нью-Йорк, 2017. – 43 с.
2. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками, 2016 год. – Организация Объединенных Наций: Нью-Йорк, 2017. – 132 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Кузмицкая Ю. Л., Бойко С. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Охрана и укрепление репродуктивного здоровья имеет особое медико-социальное значение и относится к числу приоритетных направлений в системе здравоохранения Республики Беларусь. Охрана здоровья матери и ребенка – важная составляющая оказания медицинской помощи, а с недавнего времени – психологической. В последние годы в Республике Беларусь отмечается увеличение интереса к вопросам перинатальной психологии и психотерапии. Развитие и внедрение опыта оказания психолого-психотерапевтической перинатальной помощи на данном этапе развития общества актуально, так как общепризнано, что беременность для женщины является периодом повышенного риска для соматического и психического здоровья.

Беременность представляет собой нормативный кризис физического и психического развития, переживание кризиса может быть осложнено в виду ряда обстоятельств (незапланированная беременность, конфликтные отношения в супружеской паре, заболевания матери и ребенка) [1].

Вместе с тем, здоровье ребенка также опосредованно физическим и психологическим здоровьем матери. Идея причинно-следственной обусловленности здоровья ребенка от здоровья матери имеет долгую психологическую историю, связанную с развитием психоаналитических идей (З. Фрейд, А. Фрейд, А. Адлер, М. Кляйн, Дж. Боулби, Д. В. Винникотт,

Ш. Ференци, М. Эйнсворт, Р. Шпиц, С. Гроф). Так, психологическая готовность к материнству и сформированное отношение к ребенку определяют привязанность в системе «мать-дитя», доверие ребенка к окружающему миру, первичные способы контакта с окружающей действительностью. [2]

Следовательно, в целях заботы о здоровье матери и ребенка наряду с оказанием медицинской помощи, актуально создавать условия для психологической работы с системой «мать-дитя». Под системой «мать-дитя» следует понимать систему взаимоотношений и взаимодействий между матерью и ребенком, которая способствует психическому развитию ребенка и материнской сферы женщины [2].

В декабре 2014 г. в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» внесены дополнения, согласно, которым в государственных учреждениях здравоохранения должны быть созданы условия для осуществления психолого-психотерапевтического сопровождения беременных женщин и членов ее семьи на базе специально организованных кабинетов в женских консультациях. Следовательно, в системе здравоохранения оказание медицинской помощи женщинам должно сопровождаться организацией и оказанием также помощи психологической. Новая редакция Закона повлекла за собой создание новых рабочих мест и условий для оказания психолого-психотерапевтической помощи.

В Гродненской области такого рода помощь первой стала оказывать женская консультация №2 на базе ГУЗ «ГЦПП» (г. Гродно). Кабинет оказания перинатальной психолого-психотерапевтической помощи начал свою работу как пилотный проект в августе 2013г., согласно приказу «Об организации амбулаторной психотерапевтической, психологической помощи женщинам в г. Гродно и Гродненской области» от 13.08.2013 г. №742. Официальное открытие кабинета состоялось 4 декабря 2015 г. в рамках областного научно-практического семинара «Психологическая и психотерапевтическая помощь женщинам в кризисной беременности». Согласно приказу консультированию со стороны врача-психотерапевта подлежат: беременные кабинета по профилактике невынашивания беременности; первобеременные; беременные, имеющие патологическое течение родов в анамнезе; женщины, имеющие в анамнезе послеродовые психосоматические нарушения, психоз; женщины в случаях неудавшейся попытки вспомогательных репродуктивных технологий; девочки-подростки при установлении факта беременности. [3]

Введение в медицинскую практику специалистов в области перинатальной психологии и психотерапии сталкивается с рядом ограничений и сложностей, главная из них – подготовка высококвалифицированных специалистов психологического и медико-психологического профиля в области перинатальной психологии. Решение может быть достигнуто в рамках разработки и реализации образовательных программ на базе государственных образовательных учреждений.

В 2015 г. на кафедре психологии и педагогики УО «Гродненский государственный медицинский университет», учитывая запросы медицинской практики, разработан факультативный курс – «Перинатальная психология».

Факультативный курс разработан для студентов, обучающихся по специальности «Медико-психологическое дело» и «Педиатрия». Выбор специальностей связан со спецификой направлений профессиональной деятельности.

Перинатальная психология представляет собой раздел перинатологии. Решение некоторых задач перинатологии не представлялось возможным без привлечения знаний из области психологии. Перинатальная психология (от греч. *peri* – около, *natus* – рождение, *logos* – наука) – это отрасль психологического знания, изучающая систему «мать-дитя» в перинатальном периоде. Специалисты в области перинатологии отмечают неоднозначное понимание такого периода как «перинатальный», так это период с 28-недели внутриутробной жизни по 7-е сутки жизни после рождения (Н. П. Шабалов, 2006), период с 22-недели внутриутробной жизни по 7-е сутки жизни после рождения (МКБ-10). Если руководствоваться такими определениями, то стоит отметить факт значительного сужения поля предметной деятельности специалистов в области перинатальной психологии. В своей работе мы будем исходить из понимания перинатального периода Г. Г. Филипповой согласно, которому перинатальный период – это период подготовки к зачатию вплоть до трехлетнего возраста ребенка. Продолжительность перинатального периода должна быть обусловлена тем временем, в течение которого существует система «мать-дитя», являющаяся основным предметом профессиональной перинатальной психолого-психотерапевтической деятельности. [1]

Понимание временных границ перинатального периода имеет важное методологическое значение, так как оно позволило нам определить основное содержание факультативного курса. Для непосредственно теоретического изучения в программу факультативного курса вошли следующие тематические разделы: 1) теоретические подходы к обоснованию перинатальной психологии (биопсихосоциальная модель); 2) физиология и психология беременности (психологический компонент гестационной доминанты); 3) новорожденный; 4) феномен родительства (материнство и отцовство); 5) перинатальные потери как психологическая и медицинская проблема; 6) кризисная беременность (предабортное консультирование); 7) психологическое бесплодие; 8) психологическое сопровождение семьи после рождения ребенка.

Цель факультативного курса: изучить основные категории перинатальной психологии; сформировать у студентов представление о предмете перинатальной психологии, решаемых задачах в практической деятельности; изучить основные этапы психологического и психического развития диады «мать – дитя» в норме и при патологии.

Задачи:

1) овладеть базовыми категориями и понятиями перинатальной психологии, основными методологическими и исследовательскими проблемами, путями их решения; 2) сформировать знания в таких разделах перинатальной психологии, как психология зачатия, психология беременности, психология родов, психология раннего постнатального периода; 3) овладеть системой знаний о физиологических и психологических особенностях первого,

второго, третьего триместра беременности; 4) сформировать практические навыки по развитию совместной деятельности в системе «мать-дитя», система «мать-дитя» как объект психопрофилактики; 5) сформировать навыки владения методами психологической диагностики психического развития новорожденного, материнской сферы (готовности к материнству), психологического отношения к беременности, системы «мать-дитя»; 6) сформировать практические навыки помощи женщинам по планированию беременности, в условиях беременности, после рождения ребенка и в кризисной беременности.

По окончании изучения дисциплины студент должен знать: предмет и задачи перинатальной психологии, теоретико-методологические основы перинатальной психологии; основные разделы перинатальной психологии; общие физиологические и психологические закономерности первого, второго, третьего триместра беременности; общие принципы развития взаимоотношений в системе «мать-дитя»; общую характеристику периода новорожденности; особенности переживания перинатальной утраты; психологические аспекты бесплодия; особенности психологического сопровождения семьи после рождения ребенка; социально-психологические аспекты кризисной беременности.

Уметь: использовать и применять биопсихосоциальную модель в оказании перинатальной психологической помощи; выявлять психологические особенности на протяжении всего репродуктивного процесса: зачатия, беременности, родов, ранних этапов постнатального онтогенеза; осуществлять психологическую диагностику психического развития новорожденного, материнской сферы (готовности к материнству), психологического отношения к беременности, системы «мать-дитя»;

Владеть: навыками планирования и осуществления исследования системы «мать-дитя» в условиях планирования беременности, в условиях беременности, после рождения ребенка и в кризисной беременности; навыками психологической помощи системе «мать-дитя» на разных этапах репродуктивного процесса.

Представленная структура факультативного курса, его цель и задачи способствуют формированию знаний об основных этапах и закономерностях процесса психического развития ребенка, этапах и закономерностях становления материнства, отношений в системе «мать-дитя», что является основой для эффективного использования знаний в медико-психологической практике. Благодаря грамотному использованию информации из сферы перинатальной психологии, возможно эффективное и своевременное участие специалистов медико-психологического профиля в различных видах консультаций, а также эффективное выполнение профессиональных обязанностей специалистов медико-психологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков – СПб.: Питер, 2011. – 272 с.

2. Карабанова, О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования : учеб. пособие / О. А. Карабанова. – М. : Гардарики, 2005. – 320 с.
3. Об организации амбулаторной психотерапевтической, психологической помощи женщинам в Гродненской области : приказ управления здравоохранения Грод. обл. исполн. ком., 13 августа 2013 г., № 742

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛИЗАЦИИ АГРЕССИВНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Кузмицкая Ю. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема агрессивного поведения детей не теряет своей актуальности и по настоящее время. Родители, учителя отмечают рост агрессивного поведения детей, несмотря на то, что в обществе к агрессивному поведению относятся крайне негативно и общественный социальный контроль направлен на регуляцию проявления агрессии в межличностных отношениях. Возможно, проблема агрессивного поведения детей не будет решена, если не поднимать вопрос о социализации агрессивного поведения.

Решение проблемы *социализации агрессивного поведения* предполагает постановку ряда задач, во-первых, разработать и теоретически обосновать такое научное понятие как «социализация агрессивного поведения», во-вторых, разработать, теоретически и эмпирически обосновать модель социализации агрессивного поведения, в-третьих, выделить и описать ее составные компоненты. Построение и обоснование модели социализации агрессивного поведения позволит выделить закономерности, механизмы, которые влияют на проявление агрессивного поведения и его регуляцию.

Модель социализации агрессивного поведения может быть использована специалистами учреждений образования в работе с детьми с нарушениями поведения агрессивного характера *для осуществления профилактической и психологической консультативной деятельности* по достижению поведенческих изменений у детей. Наиболее эффективным направлением в работе с агрессивным поведением непатологического уровня является поведенческий подход [1, с. 259], предполагающий возможность проведения функционального анализа агрессивного поведения детей. Цель функционального анализа: выявление механизмов, которые формируют и подкрепляют дисфункциональное поведение детей. Функциональный анализ представляет собой специфическую поведенческую оценку, которая предполагает измерение наблюдаемого поведения и факторов, контролирующих его проявление, поддержание и сохранение. [1]

В представленной к обсуждению работе проблема социализации агрессивного поведения рассмотрена на уровне родительско-детских отношений в процессе осуществляемых дисциплинарных воздействий.

Процесс социализации детей предполагает организацию огромного числа воздействий на их поведение в целях обеспечения успешной социализации. Социальная регуляция поведения детей осуществляется с помощью *дисциплинарных воздействий* родителей на поведение детей в физической, вербальной или эмоциональной форме. Дисциплинарное реагирование родителя может содержать проявление агрессии в исправлении проступков детей. Дисциплинарные воздействия родителей агрессивного содержания реализуются посредством конкретных способов – *дисциплинарных тактик*, которые могут как содержать, так и не содержать агрессивный компонент. Так, *физическое дисциплинарное воздействие* реализуется путем *телесных наказаний, проявления жестокости, физической жестокости*. *Вербальное воздействие* представлено в дисциплинировании *профилактическим дисциплинированием* (разъяснение, объяснение неправильности совершенного проступка) и *психологической агрессией* (крик, ругань, обзывания), психологическая агрессия родителей содержит также элементы *эмоционального воздействия* (произнесение угроз о наказании, о лишении родительской любви). [4]

Известным оказывается тот факт, что в процессе наблюдения за агрессивным поведением, с одной стороны, происходит научение соответствующему типу поведения (А. Бандура «Теория социального научения» [2]), с другой стороны, проявление агрессивного поведения часто регулируют ответным агрессивным действием. Так, родители могут выступать в качестве моделей научения агрессивному поведению, в свою очередь, агрессивное поведение детей родители также могут регулировать агрессивными способами, тем самым, с нашей точки зрения, социализируя саму форму агрессивного взаимодействия. В таких ситуациях речь уже будет идти о социализированных формах агрессивного поведения.

В связи с этим, актуально разработать модель социализации агрессивного поведения, в частности применительно к родительско-детским отношениям, в которых осуществляется непосредственное научение и регуляция агрессивного поведения. *Модель социализации агрессивного поведения* должна содержать особенности взаимосвязи *процессов научения, воспроизведения и регуляции агрессивного поведения*. Она должна раскрыть содержание: 1) социальных детерминант как факторов формирования моделей агрессивного поведения в межличностных отношениях; 2) процесса и механизмов научения агрессивному поведению; 3) приобретенных форм поведения; 4) процесса регуляции агрессивного поведения.

В связи с чем, цель исследования – выявить взаимосвязь тактик дисциплинарного воздействия родителей и агрессивного поведения подростков, а также обосновать функциональную роль выявленной взаимосвязи в социализации агрессивного поведения в родительско-детских отношениях.

Основной метод сбора эмпирического материала – опрос, метод организации психологического исследования – метод поперечных срезов. В соответствии с целью исследования были использованы следующие методики: «Шкала тактики поведения в ситуации дисциплинирования» (М. А. Straus,

С. Mebert) и «Стратегии поведения школьников в отношении одноклассников» (К. Bjo'rkqvist, К. Osterman) в адаптации И. А. Фурманова [3].

Исследование проведено на выборке школьников общеобразовательной школы (три возрастные группы, 515 школьников). В обсуждаемой работе результаты представлены в группе детей подросткового возраста (189 школьников, из них 105 мальчиков и 84 девочки), средний возраст – $12,2 \pm 1,31$. Респонденты, имеющие суммарные показатели, не превышающие 1,77 у мальчиков, 1,63 у девочек, были отнесены к группе детей с низким уровнем агрессии, респонденты с показателями, превышающими 2,20 у мальчиков и 2,10 у девочек – к группе детей с высоким уровнем агрессии.

Проведенный теоретический и эмпирический анализ результатов исследования позволил дифференцировать *компоненты процесса социализации агрессивного поведения в семье в родительно-детских отношениях*, к которым следует отнести: 1) социальные детерминанты агрессивного поведения (модели агрессивного поведения в семье); 2) механизмы научения (научение через наблюдение, подкрепление, идентификация с агрессором); 3) изменения в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности; 4) агрессивное поведение; 5) внешняя (тактики дисциплинарного воздействия) и внутренняя регуляция агрессивного поведения; 6) социализированные формы агрессивного поведения.

В результате корреляционного и ковариационного анализов выявлена взаимосвязь тактик дисциплинарного воздействия родителей и агрессивного поведения подростков:

1. Отцовская модель социальной регуляции поведения подростков взаимосвязана с вербальными и физическими формами агрессивного поведения мальчиков в отношении сверстников. Использование телесных наказаний ($r = 0,43$, $p = 0,023$) отцами положительно взаимосвязано с физическими формами агрессивного поведения мальчиков, а психологическая агрессия ($r = 0,58$, $p \leq 0,001$; $F = 7,60$, $p = 0,014$) – с вербальными формами агрессивного поведения.

2. Модель поведения матери, основанная на психологической агрессии ($r = 0,76$, $p \leq 0,001$) в дисциплинировании способствует научению агрессивному поведению в вербальной форме у девочек.

3. Родительская модель социальной регуляции поведения детей, основанная на проявлении жестокости определяет не прямые, а косвенные формы агрессивного взаимодействия подростков со сверстниками. Проявление жестокости со стороны отца ($F = 5,31$, $p = 0,035$) и матери ($r = 0,50$, $p = 0,008$; $F = 5,14$, $p = 0,037$) взаимосвязано с косвенным проявлением агрессии мальчиками в отношении одноклассников.

Результаты теоретического и эмпирического исследования позволяют заключить, что дисциплинарные тактики родителей взаимосвязаны с агрессивным поведением школьников в отношении одноклассников. Проявляя агрессию в адрес детей, родители предоставляют готовые поведенческие модели, основанные на утверждении силы. Наблюдая за поведением своих родителей, дети учатся вербальным, эмоциональным, физическим способам

агрессивного взаимодействия в схожих ситуациях. Идентифицируясь с родителем-агрессором, ребенок научается агрессивному поведению. В результате научения и идентификации дети проявляют поведенческие реакции физической или вербальной агрессии прямо или косвенным образом.

Результаты эмпирического исследования позволяют описать общие закономерности научения агрессии и формирования типа агрессивного поведения в родительско-детских отношениях в ходе регуляции родителями поведения детей путем использования тех или иных дисциплинарных тактик как способа реализации специфического вида дисциплинарного воздействия.

Модель социализации агрессивного поведения содержит особенности взаимосвязи процессов научения, воспроизведения и регуляции агрессивного поведения, которые должны становиться предметом функционального анализа агрессивного поведения детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игумнов, С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / С. А. Игумнов, А. Ю. Егоров. – СПб. : Речь, 2005. – 436 с.
2. Бандура, А. Теории социального научения / А. Бандура. – СПб. : Евразия, 2000. – 320 с.
3. Фурманов, И. А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И. А. Фурманов. – СПб. : Речь, 2007. – 480 с.
4. Фурманов, И. А. Социальная психология агрессии и насилия : профилактика и коррекция : учеб. пособ / И. А. Фурманов. – Минск : Изд. центр БГУ, 2016. – 401 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Кузнецова Д.С., Янковская А.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Суицид является одной из глобальных мировых проблем медико-социального характера. По статистике ВОЗ, ежегодно суицид совершают 800 000 человек. Среди причин смертей подростков суицид занимает второе место [1, с.22]. По данным Национального статистического комитета Республики Беларусь, смерть от суицида занимает 1 место в структуре смертности от внешних причин и 6 место – в общей структуре смертности [2]. Эти цифры не учитывают попытки самоубийств, которые, по данным ВОЗ, совершаются в 20 раз чаще, чем завершённые самоубийства [1, с.9]. В свете этих данных представляется особенно важным исследование факторов суицидального поведения в группах высокого риска с целью его раннего выявления и предотвращения.

Цель. Определить социальные и психологические факторы риска суицидального поведения у девушек-подростков.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 29 клинических случаев. Группу исследования составили подростки женского пола в возрасте 15 – 17 лет, госпитализированные в женское психиатрическое отделение УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» в 2017 году в связи с суицидальными тенденциями. Были использованы следующие методы исследования: анамнестический, экспериментально-психологический (ММРІ, опросник Шмишека).

Результаты. 55% (16 человек) девушек учатся в учреждениях общего среднего образования (средних школах, гимназиях, лицеях), 41% (12 человек) в учреждениях среднего специального образования (колледжи), 3,5% (1 человек) не учится нигде. 38% (11 человек) проживает в общежитиях. 26 человек было госпитализировано в психиатрический стационар в связи с суицидальной попыткой, 3 человека – в связи с суицидальными высказываниями. Преобладающий способ суицидальной попытки – намеренное самоповреждение острым предметом (55% исследуемых – 16 человек), у 24% (7 человек) суицидальная попытка путем умышленного самоотравления, 7% (2 человека) – путем падения с высоты, 3,5% (1 человек) использовал самоповреждение острым предметом и самоотравление одновременно. У 38% исследуемых (11 человек) в анамнезе уже были суицидальные попытки, ещё 10% (3 человека) сообщают об аутоагрессивных действиях в анамнезе (нанесение самоповреждений острым предметом для снятия напряжения). 7% (2 случая) суицидальных попыток были совершены в состоянии алкогольного опьянения. В 48% случаев (14 человек) был выставлен диагноз «Смешанное расстройство поведения и эмоций». В 14% случаев (4 человека) «смешанное расстройство поведения и эмоций» сопровождалось расстройством адаптации, в 7% случаев (2 человека) - депрессивным расстройством поведения. Социализированное расстройство поведения наблюдалось у 14% обследованных (4 человека), депрессивное расстройство поведения - у 7% (2 человека). Расстройство адаптации, легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, шизоаффективное расстройство, депрессивный тип, нервная анорексия, депрессивный эпизод умеренной тяжести, циклотимия составили по 3,5% (по 1 человеку). У 28% (8 человек) пациенток наблюдалась коморбидность основного расстройства с употреблением ПАВ с вредными последствиями. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 15 койко-дней. 10% (3 человека) госпитализированы повторно в течение года.

У 72% (21 человек) обследованных девушек-подростков в анамнезе отмечается смерть члена семьи, развод родителей, проблемы во взаимоотношениях с сиблингом, неадекватное воспитание, заброшенность, злоупотребление ПАВ родителями. В 79% (23 человека) случаев наблюдаются проблемы во взаимоотношениях со сверстниками (потеря или смерть друга, социальная изоляция, конфликты с друзьями и партнерами). Низкая успеваемость, прогулы занятий, конфликты с учителями обнаруживались у 38% (11 человек). В 20% случаев (6 человек) семьи находились в социально опасном положении.

48% исследуемых девушек (14 человек) имеют акцентуацию характера. 47% (7 человек), обследованных с помощью опросника Шмишека, демонстрировали высокие значения по шкале экзальтированности, столько же по шкале гипертимности, и по 33% (5 человек) – по шкалам дистимности, эмотивности и возбудимости. У 80% (4 человека), обследованных с помощью ММРІ, были обнаружены высокие показатели по шкале депрессии.

Выводы. Таким образом, в клинической структуре психических расстройств, сопутствующих суицидальным попыткам девушек-подростков, преобладают смешанные расстройства поведения и эмоций. Основным способом совершения суицида девушки выбирают самоповреждение острым предметом. Основными социальными факторами риска суицидального поведения у девушек-подростков выступают проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и неблагополучная семейная ситуация. Важными личностными психологическими особенностями являются такие черты характера, как импульсивность, ослабленный самоконтроль, склонность к самообвинению, пессимизм, замкнутость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Preventing suicide: A global imperative [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization; 2014. – Mode of access: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1. – Date of access: 20.04.2018.
2. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 20.04.2018.

ОПЫТ ТЕРАПИИ БОЛИ В СПИНЕ ПРЕПАРАТОМ ДЕКСАЛГИН

Лебейко Т.Я., Лебейко А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Неврологические проявления боли в спине составляют 71-80% всех заболеваний периферической нервной системы. Боли в спине могут быть как острыми, так и носить хронический характер с периодическими обострениями заболевания, что является одной из наиболее частых причин потери трудоспособности [1].

По данным ряда исследователей, в 80% случаев острые боли регрессируют самостоятельно или в результате лечения в течение 6 недель, однако в 20% случаев они принимают хроническое течение [1, 2]. Наследственная предрасположенность, микротравматизация, неправильный двигательный стереотип приводят к дегенерации позвоночного двигательного сегмента. В дегенеративный процесс могут вовлекаться различные структуры: межпозвонковый диск, дугоотростчатые суставы, связки, мышцы. Возникающие под влиянием статодинамических нагрузок деформации тканей оказываются причиной постоянного раздражения болевых рецепторов. В

случаях сопутствующего поражения спинномозговых корешков или спинного мозга могут появляться очаговые неврологические синдромы [3, 4]. При болевых синдромах в спине определяющим является появление симптомов, связанных с раздражением нервных окончаний синувентральных нервов, расположенных в мягких тканях позвоночника [2].

В настоящее время хорошо изучен патогенез патологии позвоночника как основной причины болевого синдрома, но не решены многие проблемы боли в спине. Необходимо помнить, что боли в спине бывают не только связанными с дегенеративными изменениями позвоночных структур, но и вторичными, обусловленными различными другими патологическими состояниями. Поэтому главной задачей врача при обследовании пациента с острой болью в спине является разделение скелетно-мышечных болей от болевых синдромов, связанных с соматической или онкологической патологией. В процессе диагностики боли в спине важен тщательный неврологический осмотр. Большое значение также придается рентгенологическим и нейровизуализационным методам исследования. При лечении боли в спине необходимо учитывать интенсивность болевого синдрома, склонность к хронизации процесса, индивидуальные особенности личности пациента, сопутствующую патологию внутренних органов и использовать как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения, наиболее эффективными среди которых считают лечебную гимнастику и психотерапию.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата Дексалгин в терапии болевых синдромов в спине и влияние на качество жизни пациентов с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 51 пациент с болью в спине в неврологическом отделении УЗ «ГКБ №3 г. Гродно». Опытную группу составили 28 пациентов с болями в спине различной локализации. Среди них было 15 женщин и 13 мужчин в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст 46,9 года). У 19 пациентов диагностирована люмбоишалгия, у 4 – пояснично-крестцовая радикулопатия, у 5 – боли в шейном и грудном отделах позвоночника. Обследование проводили до начала медикаментозного лечения (в день госпитализации) и перед выпиской (на 9 - 11 сутки). Пациенты опытной группы получали дексалгин по 50 мг (2мл) внутривенно или внутримышечно в течение 5-7 дней, эуфиллин 2,4% - 5мл внутривенно 5 дней, витаминотерапию гр. В, физиолечение. Контрольную группу составили 23 пациента (12 женщин, 11 мужчин в возрасте от 19 до 69 лет, средний возраст – 41,4 лет). У 18 пациентов диагностирована люмбоишалгия, у 1 – радикулопатия, у 4 – боли в шейном и грудном отделах позвоночника. Контрольная группа получала вместо дексалгина кеторолак по 1,0 мл внутримышечно в течение 5-7 дней. Дексалгин (декскетопрофена трометамол) - соль пропионовой кислоты, обладает анальгезирующими, противовоспалительными и жаропонижающими свойствами и относится к классу нестероидных противовоспалительных препаратов. Механизм его действия базируется на снижении синтеза простагландинов за счет угнетения

циклооксигеназы. В частности, тормозится преобразование арахидоновой кислоты в циклические эндопероксиды PGG₂ и PGH₂, из которых образуются простагландины PGE₁, PGE₂, PGF_{2α} PGD₂, а также простаглицлин PGI₂ и тромбоксаны TxA₂ и TxB₂. Выявлено угнетающее действие декскетопрофена трометамола на активность ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Кеторолак, производное уксусной кислоты, также оказывает выраженное анальгезирующее действие, обладает противовоспалительным и умеренным жаропонижающим действием. Механизм действия связан с неселективным угнетением активности ЦОГ1 и ЦОГ2, катализирующей образование простагландинов из арахидоновой кислоты. Оценка регресса болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), опроснику Роланда–Мориса [5]. Качество жизни исследовали при помощи опросника MOS SF 36 (SF-36). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета «Statistica, v. 6,0».

Результаты исследования. До лечения в опытной и контрольной группах интенсивность болевого синдрома по ВАШ соответствовала сильнейшей (8,1±1,16 и 7,9±0,7 соответственно). После лечения болевой синдром в обеих группах статистически значимо регрессировал, причем в опытной группе уровень боли был достоверно ниже, чем в контрольной (таблица 1).

Таблица 1 Динамика болевого процесса у пациентов с болью в спине до и после лечения (в баллах, M±m)

Оценка по ВАШ	До лечения	После лечения	P
Опытная группа (n=28)	8,1±1,16	1,9±1,2	0,000002
Контрольная группа (n=23)	7,9±0,7	3,1±0,9	0,00004

Согласно опросника Роланда–Мориса, улучшение жизнедеятельности более чем на 50% выявлено у 12 (43%) обследованных на фоне приема дексальгина, у 7 (30%) – в контрольной группе.

Согласно опроснику SF 36, на фоне лечения (таблица 2) в обеих группах установлено увеличение показателей качества жизни: физической активности (PF), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RF), жизненной активности (VT), социального функционирования (SF), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), психического здоровья (MH), физического (PH) и психологического (MH) компонентов здоровья, за исключением общего состояния здоровья (GH), показатели которого практически не изменились. В опытной группе установлено уменьшение интенсивности боли (BP), повышение физического функционирования (PF), возрастание жизненной активности (VT). В контрольной группе увеличились физическое и ролевое функционирование (PF и RP).

Таблица 2 Показатели качества жизни пациентов с болью в спине при лечении дексалгином и кеторолаком (в баллах, M_д 25-75%)

Шкала	Дексалгин		р	Кеторалак		р
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения	
РФ-Физическая активность	54,46 (10,0-90,0)	66,6 (5,0-95,0)	0,006	50,65 (0,0-95,0)	65,86 (30,0-100,0)	0,017
РР- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	19,64 (0,0-75,0)	24,10 (0,0-75,0)	0,5	5,4 (0,0-50,0)	17,39 (0,0-100,0)	0,037
ВР-Физическая боль	63,92 (0,0-90,0)	57,14 (0,0-80,0)	0,009	67,78 (30,0-80,0)	60,0 (30,0-80,0)	0,14
ГН-Общее состояние здоровья	44,82 (25,0-60,0)	42,14 (25,0-55,0)	0,32	51,30 (30,0-75,0)	51,52 (30,0-70,0)	0,94
VT-Жизненная активность	41,42 (10,0-65,0)	49,46 (0,0-80,0)	0,05	41,95 (5,0-100,0)	46,52 (20,0-80,0)	0,33
SF-Социальное функционирование	50,44 (12,5-62,5)	53,56 (25,0-75,0)	0,24	54,89 (25,0-75,0)	57,93 (37,5-75,0)	0,27
RE- Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	49,99 (0,0-100,0)	52,2 (90,0-100,0)	0,8	34,71 (0,0-100,0)	37,60 (0,0-100,0)	0,72
МН-Психическое здоровье	56,57 (0,0-88,0)	61,78 (0,0-92,0)	0,12	54,60 (24,0-88,0)	58,4 (24,0-88,0)	0,32
РН-Физический компонент здоровья	26,4 (22,2-34,8)	49,8 (36,8-54,9)	0,16	24,8 (21,4-32,7)	43,8 (38,7-51,8)	0,16
МН-Психологический компонент здоровья	32,5 (24,8-36,8)	48,9 (39,2-54,6)	0,06	27,6 (22,7-34,8)	42,5 (38,8-51,6)	0,08

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности дексалгина при вертеброгенном болевом синдроме и о существенном повышении качества жизни данного контингента пациентов. Применение Дексалгина способствует снижению интенсивности боли в спине, улучшению таких показателей качества жизни, как физического функционирования, жизненной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павленко, С.С. Эпидемиология боли / С.С. Павленко // Неврологический журнал. - 1999. - №1. – С. 41-46.

2. Алексеев, В.В. Лечение люмбоишалгического синдрома / С.С. Павленко // РМЖ. – 2003. - № 11(10). – С. 602-4.
3. Вознесенская, Т.Г. Боли в спине и конечностях. Болевые синдромы в неврологической практике. / Т.Г. Вознесенская; под ред. А.М. Вейна - М. : Медпресс, 1999. - С. 217-83.
4. Штульман, Д.Р. Неврология. Справочник практического врача. / Д.Р. Штульман, О.С. Левин . - М.: Медпресс-информ, 2002. - С. 70-90.
5. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н.Беловой, О.Н. Шепетовой. – М.: Автодор, 2002. – 440 с.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕССЕ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Левкова М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Сейчас в клинике диагностикой, лечением и реабилитацией пациентов с психическими и поведенческими расстройствами занимаются психиатры и психотерапевты, а также сравнительно недавно появившиеся в медицинских учреждениях психологи. Первые – врачи с медицинским образованием. Вторые – с гуманитарной подготовкой по психологии.

Указанные различия, дополняемые подкреплёнными законодательно профессиональными статусно-ролевыми разграничениями, формируют обусловленные внутренними и внешними противоречиями не антагонистического свойства проблемы совместной деятельности.

Эндогенной проблемой всех специалистов является преодоление стереотипов собственного профессионального мышления, а также ригидного следования своим теоретическим предпочтениям. Проблема экзогенного свойства - разграничение объективно заданных компетенций и продуктивное согласование позиций в процессе совместной диагностики, лечения и реабилитации общего пациента.

В конечном счёте, неразрешённость данных задач сказывается на эффективности коммуникации с пациентом, а значит – и эффективности лечения. Ведь ещё Карл Роджерс утверждал (1952), что «клиент» (он использовал это слово вместо слова «пациент») знает лучше, чем кто-либо, в чём заключается его проблема, и вместе с консультантом может сам найти её решение. К. Роджерс пришёл к выводу, что установки консультанта имеют большее значение, чем его техники [4].

Рассмотрим данные проблемные противоречия подробнее.

Психиатр – это специалист с медицинским образованием, имеющий право, а значит, и несущий всю полноту ответственности на постановку диагноза и лечение пациента. Психиатр, как правило, имеет дело с людьми, страдающими серьёзными душевными расстройствами – шизофренией, эпилепсией, маниакально - депрессивным психозом и так далее. Его основные средства лечения и воздействия – медикаменты, электрошок... вплоть до

принуждения к лечению. Поэтому для психиатра пациент – скорее объект воздействия, чем субъект совместной деятельности. Относительно взаимодействия с психологом, то здесь задача психиатра сводится к учёту и использованию информации из разработанного психологом психологического диагноза или диагностического заключения, а также доверию собственно психологу проведения реабилитационных психотерапевтических мероприятий на стадии ремиссии у пациента.

В психотерапию приходят специалисты из двух областей профессиональной деятельности – психологии и медицины. Даже сам двуединый термин «психо» и «терапия» отражает это симбиотическое единство.

Однако здесь и тех и других зачастую поджидают «подводные камни».

Переквалифицировавшегося в психотерапевта психиатра зачастую преследует директивность общения с пациентом. Если человек длительное время проработал врачом-психиатром или наркологом, иногда ему бывает трудно смириться с потерей руководящей роли в общении с клиентом. В то время как базовой основой психотерапевтического лечения душевных расстройств является глубокое межличностное «субъект - субъектное» общение.

Та же проблема может преследовать и психотерапевта, ориентированного на клинический диагноз без учёта диагноза психологического или отдельного психодиагностического заключения. Психотерапевт, как правило, чаще работает с клиентами, характеризующимися пограничными состояниями - между здоровьем и болезнью. Соответственно, методы его работы должны быть больше ориентированы на психологические факторы расстройства психики и поведения.

Данное обстоятельство требует подолгу слушать клиента и активно вникать в смысл его слов и эмоций, сопровождающих вербальные трансляции, отслеживать невербальные реакции. При этом постоянно контролировать трансферные отношения. Смиряться с негативными чувствами со стороны пациента, терпеть их и анализировать.

Также бывает трудно привыкнуть к тому, что психотерапевтический, не медикаментозный процесс может протекать очень медленно и вязко.

Поскольку современная психотерапия опирается преимущественно на психологические методы лечения и коррекции, она очень близка к практической психологии.

Деятельность психолога в клинике достаточно широка и разнонаправлена. Он изучает развитие и поведение человека, индивидуально – психологические особенности личности, снабжает соответствующей информацией медицинских работников, осуществляет психокоррекционную и реабилитационную работу: проводит индивидуальное и групповое психологическое консультирование.

При этом в целом у гуманитарно-ориентированных психологов (даже с квалификацией «медицинский психолог»), и пришедших к работе с клиентами в клинику из других сфер применения специалистов по психологии, основная

проблема – склонность к преувеличению значимости морально – нравственных факторов поведения человека.

Они, как правило, не имеют специальных медицинских знаний и практических навыков. Что иногда приводит к риску «гуманистического теоритизирования», а также игнорирования того обстоятельства, что клиент характеризуется пусть лёгким, пограничным, но клиническим расстройством. В итоге психолог может в меньшей степени, чем психотерапевт, оценивать серьёзность проблемы клиента и, как следствие, прилагать меньше целенаправленных усилий по её разрешению. При этом ограничиваясь поверхностными, не имеющими никакой психотерапевтической значимости, «рациональными» советами.

Кроме того, иногда присутствует сниженная чувствительность к различию между психологическим диагнозом и диагностическим заключением - ориентация на результаты психологического тестирования, как на истину в последней инстанции.

В настоящее время относительно диагностики в клинике утвердились три сопряжённые категории: медицинский (клинический) диагноз, клинико-психологический и психологический диагноз [1; 2; 3].

Относительно двух первых Л.Ф. Бурлачук пишет: «Основное в медицинском диагнозе - определение и классификация имеющихся проявлений заболевания, которые выясняются через их связь с типичным для данного синдрома патофизиологическим механизмом. <...> А. Левицкий к основным задачам клинико - психологического диагноза относит описание нарушений поведения, проявляющихся у обследуемого в его профессиональной, семейной жизни, а также обнаруживающихся в ходе исследования, выяснение лежащих в их основе психических дисфункций (Lewicki, 1969, р. 81)» [3, с. 140]. Данного рода информация получается путём анамнестической беседы и психодиагностического исследования.

«Психологический диагноз – конечный результат деятельности психолога, направленный на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых целью исследования» [3, с. 142]. «Лишь на этой основе возможны прогноз и выработка эффективных рекомендаций для реабилитационной или психотерапевтической работы» [3, с. 141].

Из приведённых положений вытекает закономерный вывод о том, что «Клинический и психологический диагноз не должны конкурировать друг с другом. А. Левицкий (1969), подчёркивая необходимость сотрудничества врача и психолога, отмечает: <...> «В клиническом диагнозе психолог находит сведения о тех или иных расстройствах, которые могут «психологическим путём» повлиять на нарушение поведения. В свою очередь врач должен учитывать данные, полученные психологом» [3, с. 141].

Карл Роджерс в своей гуманистической, феноменологической, психотерапевтической парадигме призывал к эмпатийному, конгруэнтному принятию позиции клиента, но не соглашаться с ней [4]. Подобная проблема

обнаруживается и в совместной работе психотерапевта и психолога в клинике. С той лишь разницей, что соотношение позиций врача и психолога должно быть максимально близким. Вне зависимости от предпочитаемых теорий личности и психотерапевтических парадигм.

Таким образом, перед врачом и психологом стоит одна главная, объединяющая их в процессе профессионального взаимодействия, постоянная задача: при работе с пациентом сформировать общую, конгруэнтную психотерапевтическую позицию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анастаси, А. Психологическое тестирование. /А. Анастаси, С. Урбина. – СПб.: Питер, 2001. – 688 с.
2. Ассанович, М.А. Основы клинической психодиагностики. /М.А. Ассанович. - Гродно, 2004. - 148 с.
3. Бурлачук, Л.Ф. Психодиагностика. Учебник для вузов./ Л.Ф.Бурлачук. – СПб.: Питер, 2006. - 378с.
4. Роджерс, К. Клиент - центрированная психотерапия. Теория, современная практика и применение. / К. Роджерс. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2007. – 560 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В СТАЦИОНАР ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ

Лемешевская З.П., Варнакова Г.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: в процессе поведения различного рода медицинских манипуляций и исследований принято оценивать большое количество достоверных показателей, например, заболеваемость, смертность и т.д., однако, большинство из них мало применимо для оценки эффективности лечения, качества оказания специализированной медицинской помощи и не позволяют оценить динамику качественных признаков и уровень адаптации пациента к определенному хроническому заболеванию. Врачу зачастую более важно проводя лечение получить объективное подтверждение эффективности назначенной терапии в виде положительной динамики лабораторных и инструментальных данных, а пациент оценивает эффективность лечения по собственным субъективным ощущениям, это приводит к тому, что независимо от объективных показателей, даже при их отрицательной динамике, пациент считает более эффективным случай, когда он получил желаемое исследование (неважно, что оно ему было не показано) или внимание лечащего врача или добился госпитализации в стационар (неважно, что она также была не показана в данном случае). Поэтому для контроля эффективности медицинской помощи используют такой показатель, как качество жизни (КЖ). КЖ, являясь

комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанной на его субъективном восприятии, человека, в медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем. Инструменты оценки - общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины создали возможность количественной оценки этого субъективного понятия, что позволило расширить представление врача о состоянии пациента в целом. Одним из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки КЖ является Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) [1].

Русская версия SF-36 валидизирована Межнациональным центром исследования КЖ г. Санкт-Петербурга [2].

Поводом для проведения исследования послужил тот факт, что пациенты субъективно отмечали улучшения после диагностической манипуляции (колоноскопии) в большинстве случаев, несмотря на отсутствие медикаментозных назначений и отсутствие органических поражений толстого кишечника.

Цель исследования: оценить уровень качества жизни пациентов, поступающих в стационар до и после проведения диагностической колоноскопии.

Методы исследования: опросник SF-36 и его онлайн-калькулятор.

36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Данные представлены в виде Me (25:75). Достоверность рассчитана с помощью непараметрических статистических методов, за минимально достоверный уровень принята вероятность нулевой гипотезы $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение: проведено анкетирование 42 пациентов, поступивших в гастроэнтерологический стационар УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» за 2017 год перед проведением диагностической колоноскопии и через сутки после нее. Выделена группа из 30 пациентов у которых в заключении эндоскописта звучало «эндоскопической патологии не выявлено», исключено из исследования 12 пациентов, которым выставлен хронический колит. Выборка была статистически однородной по гендерному показателю и возрасту. Средний возраст пациентов составил 43 (29:56) года. Проведен анализ по каждой шкале, входящей в опросник SF-36, данные сравнили.

По шкале физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по

лестнице, переноска тяжестей и т.п.) получена достоверная разница: до колоноскопии показатель составил 39 (37:44), после – 56 (50:73), $p < 0,0001$.

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей), также достоверно увеличилось: до колоноскопии показатель составил 29 (21:49), после – 58 (45:76), $p < 0,0002$.

Интенсивность боли (Bodily pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома изменилась достоверно и составила до 49 (36:61), после – 72 (64:80), $p < 0,0001$.

Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения имело ту же тенденцию: до 31 (26:39), после – 77 (63:84), $p < 0,0001$.

Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным составила до колоноскопии 38 (36:49), после – 72 (66:81), $p < 0,05$.

Социальное функционирование (Social Functioning – SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). До колоноскопии этот показатель был равен 47 (46:52), после – 58 (46:84), $p < 0,03$.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional – RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.) достоверно увеличилось с 27 (26:35), до – 55 (51:88), $p < 0,0001$.

Психическое здоровье (Mental Health – MH), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Данный показатель вырос значительно: до колоноскопии составил 39 (31:46), после – 68 (65:96), $p < 0,00001$.

Выводы: процедура колоноскопии имеет терапевтический эффект – происходит достоверное улучшение КЖ по всем шкалам. Благодаря «отключению канцер фобии» диагностическая манипуляция становится лечебной, поэтому следует рекомендовать проведение колоноскопии даже в случаях отсутствия «сигнальных» симптомов со стороны клинических и лабораторных показателей. Полученные результаты подтверждают, что гастроэнтерологическая патология часто является психосоматической.

ЛИТЕРАТУРА

1. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова [и др.] // Журнал Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С.36-48.
2. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. ИONOва // М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.

КОМПЛЕКСНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В СВЯЗИ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ

Лещинская А.Н, Ольховка А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. По официальной статистике 2016 года, ежегодно по причине суицида умирает около 1 миллиона человек, в то время как суицидальные попытки совершают около 20 миллионов. В Беларуси количество суицидов составило 18,3 на 100 тысяч населения (19 страна в мире по количеству суицидов) [1]. Эти цифры свидетельствуют о достаточно высоком уровне суицидальной активности населения, что неблагоприятно сказывается на демографической безопасности страны. С целью совершенствования профилактических мероприятий, необходимо проводить мониторинг факторов, способствующих формированию суицидального поведения [3].

Цель: Анализ случаев парасуицида и суицидальных высказываний, явившихся причиной госпитализации.

Материал и методы исследования. В пилотном исследовании приняли участие 18 пациентов в возрасте 16-60 лет, 10 женщин и 8 мужчин. Исследование проводилось в период с 07.03.2018 по 10.04.2018 года на базе стационарных отделений УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» с использованием: клинико-психопатологического, биографического и клинико-психодиагностического (FPI, ССП, Шкала суицидальных интенций Пирса) методов.

Результаты. Было обследовано 18 человек, поступивших в УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» в связи с суицидальной попыткой (всего 14 случаев) или суицидальными высказываниями (всего 4 случая). Суицидальную попытку совершили 6 женщин и 8 мужчин, а о желании осуществить самоубийство заявили 4 женщины. Причиной 10 попыток явились межличностные конфликты, одна попытка - в связи со сложившейся трудной жизненной ситуацией, 3 попытки, также как и суицидальные высказывания носили очевидно манипулятивный характер.

По возрасту обследованные распределились следующим образом: до 20 лет - 4 женщины; от 21 до 30 лет- 3 женщины и 3 мужчин; от 31 до 45 лет- 2 женщины и 3 мужчин; от 46 до 60 лет - одна женщина и 2 мужчин. 5 человек имели среднее образование, 12 - среднее специальное образование, и лишь один пациент окончил высшее учебное заведение. 13 исследуемых - 7 (70%) женщин и 6(75%) мужчин проживают в городе, а 5 респондентов (3 (30%) женщины и 2 (25%) мужчин) являются жителями села. Половина пациентов (5 женщин и 4 мужчины) имеют постоянную работу. На момент совершения суицида в браке состояло 4 человека (22,2%, из них 2 (20%) женщины и 2 (25%) мужчин). В гражданском браке состояло 3 (30%) женщины, с родителями проживали 3 (30%) женщины и 5 (62,5%) мужчин. Проживали одни - 2 (20%) женщины и 1 (12,5%) мужчина. Наиболее распространенными способами парасуицидов были: отравление медикаментозными препаратами (66,6% женщин и 37,5% мужчин), в состоянии алкогольного опьянения на момент совершения

суицидальной попытки находились 3 мужчины и одна женщина, самоповреждение острым предметом (16,6% женщин и 25% мужчин, все мужчины находились в состоянии алкогольного опьянения); путем повешенья (16,6% женщин и 12,5% мужчин). На момент госпитализации в алкогольном опьянении находились 4 женщины (одна женщина после суицидальной попытки, 3 с суицидальными высказываниями) и 5 мужчин-одну попытку суицида. 20% женщин и 12,5% мужчин в анамнезе имели 2 попытки суицида. Одна женщина (10%) и один мужчина (12,5%) имели более 3 суицидальных попыток. Впервые госпитализированы были 8 (44,4%) пациентов. 10 (55,5%) пациентов на момент госпитализации уже имели ранее диагностированное психическое расстройство: расстройство адаптации - 3 мужчины с попыткой суицида; смешанное расстройство эмоций и поведения - 1 подросток; умственная отсталость - 2 женщины и 1 мужчина, 1 женщина с суицидальными высказываниями; синдром зависимости от алкоголя, активное потребление - 2 женщины с высказываниями о суициде и 2 женщины с суицидальным поведением, смешанное расстройство личности - 2 мужчин и 1 женщина с парасуицидом, органическое расстройство личности - 1 женщина с суицидальной попыткой; эмоционально-неустойчивое расстройство личности, депрессивный эпизод - 1 женщина с парасуицидом; биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод - 1 женщина с попыткой суицида.

Анализ результатов опросника FPI [5], предназначенного для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения, показал следующее. Среди женщин были отмечены высокие показатели по шкалам: невротичность и раздражительность – 60%; депрессивность – 80%; реактивная агрессивность и открытость по 50%; застенчивость и эмоциональная лабильность – 70%. А низкие показатели были отмечены по шкале общительности - 60% и маскулинизм/феминизм -40%. В группе мужчин установлены высокие уровни по шкале невротичность (57,1%), депрессивность, раздражительность, застенчивость, открытость, эмоциональная лабильность (71,4%); реактивная агрессивность (42,9%), а низкие показатели - спонтанная агрессивность, экстраверсия/интроверсия (28%); общительность и маскулинизм/феминизм (42,9%).

По результатам методики «Стратегии совладающего поведения»[2], наблюдалась следующая закономерность: женщины (40%), с высоким показателем депрессивности и невротичности используют стратегию дистанцирование, а 30%- стратегию бегство-избегание. Мужчины, с высоким показателем депрессивности и раздражительности, используют стратегию бегство-избегания (60%), и лишь 20%- стратегию дистанцирования и принятия решения. Среди женщин (у 60%), с высокими показателями по шкалам застенчивости и эмоциональной лабильности, преобладали стратегии дистанцирования (50%), стратегия бегство-избегание (40%). 57,1% мужчин с высокими показателями по шкалам реактивная агрессивность, застенчивость, открытость, эмоциональная лабильность, используют такие стратегии, как бегство-избегание (50%), дистанцирование (25%) и принятие решения (25%).

60% женщин-парасуицидентов с низким показателем по шкалам общительности, используют стратегии бегство-избегание (50%), дистанцирования (33,3%) и лишь 16,7% женщин принимают ответственность. Респонденты-женщины, использующие стратегию принятия ответственности, имели высокие показатели по шкалам депрессивности, застенчивости, открытости. 28,5% мужчин с низким показателем по шкалам общительности и маскулинизм/феминизм в трудной ситуации пользуются стратегией бегство-избегание (50%) и стратегией принятия ответственности (50%).

Шкала суицидальной интенции Пирса [4] показала высокий уровень интенции у 61,5 % респондентов, среди которых 33,3% - женщины, 35,7% мужчины. Средний уровень интенции был у 38,5 % исследуемых, среди которых женщины - 66,7%, мужчины - 14,3%.

Выводы. Полученные результаты показали, что большинство парасуицидентов были мужчинами. Женщин-парасуицидентов было в два раза меньше. Среди парасуицидентов обоего пола, преобладали лица в возрасте от 21 до 45 лет, городские жители, неодинокое. Наиболее распространенным способом суицида среди мужчин и женщин является отравление медикаментозными препаратами и самоповреждение острым предметом. Подавляющая часть мужчин и лишь одна женщина на момент совершения суицидальной попытки находились в состоянии алкогольного опьянения.

Причиной парасуицидов в основном послужили межличностные конфликты. Независимо от пола, у пациентов преобладали такие характеристики личности как депрессивность, невротичность, раздражительность, застенчивость, реактивная агрессивность и эмоциональная лабильность, а также протекание психических процессов по женскому типу.

Женщины-парасуициденты пользуются такими копинг-стратегиями, как дистанцирование, направленное на снижение значимости ситуации и степени эмоциональной вовлеченности в нее, что приводит к вероятности обесценивания собственных переживаний; бегство-избегание, что делает невозможным разрешение как внешнего, так и внутреннего конфликтов и к накоплению напряжения; поиск социальной поддержки, принятия ответственности и высокой конфликтности, как способа выражения своих негативных эмоций. У мужчин-парасуицидентов преобладают такие копинг-стратегии, как бегство-избегание, дистанцирование, принятие ответственности.

Следует отметить, что на момент обследования у большинства мужчин сохранялся высокий уровень суицидальной интенции. В то время как большинство женщин имели средний уровень суицидальной интенции.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что основным методом профилактики суицидального поведения у парасуицидентов является психолого-психотерапевтическое сопровождение, направленное на коррекцию дезадаптивных личностных характеристик и копинг-стратегий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авраменко, А. Проект о жизни: смерть, суицид, статистика самоубийств [Электронный ресурс]/ А.Авраменко. – Режим доступа:

<http://lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>. – Дата доступа: 21.04.2018.

2. Ассанович, М.А. Клиническая психодиагностика. Специализированные методики и опросники: учебное пособие для студентов учреждений высшего образования по специальности «Медико-психологическое дело» / М.А.Ассанович. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 520с.

3. Большая интернет библиотека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://bib.social/psihiatriya-psihologiya_915/osveschenie-problemyi-suitsidalnogo-povedeniya-114141.html. – Дата доступа: 21.04.2018.

4. Консультации и помощь врача-психиатра-нарколога в Молодечно и регионе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psych.by/ocenka-suicidalnogo-riska/>. – Дата доступа: 21.04.2018.

5. Психология счастливой жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psycabi.net/testy/462-test-fpi-frajburgskij-mnogofaktornyj-lichnostnyj-oprosnik-metodika-issledovaniya-lichnosti>. – Дата доступа: 21.04.2018.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лещинская А.Н

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Негативная симптоматика оказывает значительное влияние на качество жизни больного шизофренией, хорошо коррелируя с его социально-трудовым статусом, поэтому ее выявление представляет собой актуальную задачу для психиатров.

К сожалению, не только среди родственников больного, но даже среди врачей-психиатров, встречается недооценка значимости негативной симптоматики, пренебрежение ее детальным анализом и прогностической важности.

Обычно негативные симптомы определяют на основе клинического наблюдения за поведением больного шизофренией, однако существуют и специальные шкалы оценки выраженности этой симптоматики (SANS, NSA и др.) Хотя большинство шкал в настоящее время признаны «ограниченно приспособленными для каждодневного применения». Проблема объективной оценки выраженности психопатологической симптоматики в психиатрии всегда имела важнейшее значение. Особую актуальность она приобрела в последние годы ввиду появления современных многофакторных многомерных моделей шизофрении.

Шкала оценки негативной симптоматики (SANS) переведена на многие языки, и применяется психиатрами во всем мире.

Цель. Оценить выраженность негативных симптомов при шизофрении, с помощью шкалы оценки негативных симптомов в динамике, при назначенной медикаментозной терапии.

Методы исследования. Исследование проводилось в период с 21.02.2018 по 14.03.2018 года на базе стационарного отделения УЗ ГОКЦ

«Психиатрия-наркология» с использованием: клинико-психопатологического, биографического и клинико-психодиагностического (SANS) методов. Испытуемым был пациент с установленным диагнозом F20.00 Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Возраст испытуемого 45 лет. Исследование проводилось 1 раз в неделю 4 раза, на протяжении 10-15 минут.

Результаты. Данное исследование проводилось с помощью шкалы оценки негативных симптомов. В шкалу включены 25 пунктов, которые оценивают пять групп симптомов: аффективное уплощение, алогию, абулию-апатию, ангедонию-асоциальность (нарушение социальных контактов) и внимание. Ответы оценивались по шкале Лайкерта. Шкала дает общую оценку каждой группы симптомов и общую суммарную оценку по всем пунктам. Результаты исследования оценивались по 3 уровням: низкий уровень нарушений при общем балле менее 30, средний уровень - 30-60, высокий - свыше 60.

День 1- аффективное уплощение- 70б, алогия- 44б, абулию-апатию-85б, ангедонию-асоциальность-80б, внимание-80б.

Суммарная оценка по шкале- 70,4б.- высокий уровень нарушений.

День 2- аффективное уплощение- 50б, алогия- 36б, абулию-апатию-60б, ангедонию-асоциальность-76б, внимание-35б.

Суммарная оценка по шкале- 53,6б.- высокий уровень нарушений.

День 3- аффективное уплощение- 50б, алогия- 32б, абулию-апатию-55б, ангедонию-асоциальность-76б, внимание-40б.

Суммарная оценка по шкале- 51,2б.- высокий уровень нарушений.

День 4- аффективное уплощение- 50б, алогия- 24б, абулию-апатию-45б, ангедонию-асоциальность-72б, внимание-53,3б.

Суммарная оценка по шкале- 48,8б.- средний уровень нарушений.

Благодаря биографическому методу исследования диагноз F20.00 пациенту был выставлен в 1997 году, когда пациенту было 24 года. Он был поставлен на психиатрический учет и получал назначенную медикаментозную терапию. После чего пациент поступал в УЗ ГОКЦ «Психиатрия-Наркология» ежегодно. Последняя госпитализация пациента приходилась на 19.02.2018, во время которой пациент получал следующее лечение:

с антипсихотической целью- Sol. Haloperidoli 0,5%-1,0ml в/м у/в,

с нормотимической целью- Tab. Encorati-chronae 0,3 по 1 таб.у/в,

с антипсихотической целью- Tab. Azapini 0,1 по ½ таб 3 р/день,

с седативной, миорелаксирующей целью- Sol. Diazepam 0,5%-2ml в/м.

В это время проводилось данное исследование, что позволяет оценить изменение негативных симптомов в динамике, и проанализировать эффективность назначенного лечения.

Выводы. Исходя из полученных данных, пронаблюдав изменения состояния пациента в динамике как с помощью методики, так и с помощью беседы можем говорить о следующих изменениях:

У пациента наблюдалось уменьшение уплощения и ригидности аффекта, о чем говорит нам изменение в выражении лица в течении беседы, увеличении жестикуляции, более длительном, по сравнению с 1 беседой, контакте глаз и

эмоциональной откликаемостью на ситуации. Однако сохранялось отсутствие голосовых модуляций.

Изменения в нарушении речи (алогия) имело место быть. Отсутствию блокировки и пауз перед ответом, адекватное количество содержания речи, уменьшение кратности ответа все больше наблюдалось к концу месяца.

Пациент изменился в апатичности, о чем можно было судить по изменению внешности (состоянии волос и одежды) пациента, увеличение физической анергии- снижении инертности.

В признаке ангедонии-асоциальности так же наблюдались изменения, пациент начал общаться с соседями, стал более открыт для разговора и менее напряжен при нем. Проявлял интерес к доктору, рассказывал личную информацию со словами: «Вы только никому не говорите».

Однако, изменение в динамике нарушения внимания имели изначально тенденцию к улучшению когнитивной функции, но к концу наблюдалось увеличение нарушения данной функции. Об этом говорило неправильное написание слова задом наперед, а также ошибки при счете 100-7, с учетом изначально правильного счета. Частая отвлекаемость на внешние раздражители при беседе, которые наблюдались в виде задумчивого вида, взгляда в пол и быстрого ухода от ответа.

Данная методика позволила оценить выраженность негативных симптомов при шизофрении в динамике. Наблюдалась положительная динамика изменения негативной симптоматики у испытуемого с высокого уровня нарушения (60% и выше) на средний уровень нарушения (30-60%) функций. Этот показатель говорит об улучшении качества жизни пациента, его возможно благополучной социализации и о снижении риска суицидального поведения. Эффективность назначенного лечения, благодаря которому общее состояние пациента в течении месяца изменилось к улучшению, было доказано с помощью данной методики.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКАЛ МОДЕЛИРУЕМОЙ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ

Луговская А.А.¹, Рудаков И.И.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология»

Актуальность нашего исследования обусловлена возрастающей ролью психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в психиатрии и психотерапии, что и определяет усиленный интерес к проблеме диагностики копинг-поведения. К тому же возникают определенные методологические трудности оценки копинга, которые заключаются в том, что совладание – это динамический процесс. Р.Лазарус и С.Фолькман, разрабатывая основные положения концепции копинг-процессов, рассматривали совладающее

поведение как динамический процесс, который определяется как внутренними так и внешними факторами [5].

Совладающее поведение является многомерным конструктом. Копинг-поведение реализуется посредством применения копинг-стратегий на основе личного опыта (личностных или копинг-ресурсов).

Актуальность также обусловлена еще и тем, что существует потребность создания методик измерения, разработанных с учетом требований современной психометрики [1]. Все методики (зарубежные методики), которые используются в Беларуси в исследовательской практике для диагностики копинг-стратегий, разработаны на основе классической теории тестов и были адаптированы на российской популяции.

Цель настоящего исследования – разработать на основе утверждений опросника Э. Хайма методику диагностики копинг-стратегий и оценить диагностическую эффективность созданных шкал.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-Наркология» и УО «Гродненский государственный медицинский университет». Выборка испытуемых состояла из 270 человек. Из них 150 - пациенты с верифицированными диагнозами из рубрик невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40, F41, F43, F45) и аффективные расстройства (F32, F33), 120 человек – условно здоровые испытуемые из общей популяции.

В процессе конструирования психодиагностической методики на этапе формирования информационной базы в качестве стимульного материала для диагностики копинг-стратегий использовались утверждения методики Э.Хайма [4]. Испытуемым предлагались 26 утверждений с инструкцией об оценке своего поведения в стрессовых ситуациях и ситуациях высокого эмоционального напряжения. В отличие от исходной методики, оценить нужно было каждое утверждение.

Варианты ответов были градуированы по частоте проявлений на 4 уровня. Учитывая субъективность восприятия, категориальным значениям были даны цифровые аналоги: никогда или очень редко – 0 баллов, иногда – 1 балл, часто – 2 балла, большую часть времени – 3 балла.

На этапе построения диагностической модели для определения количества и структуры факторов методики диагностики копинг-стратегий был проведен разведочный факторный анализ. В качестве метода экстракции факторов использовался метод главных компонент с процедурой ортогонального вращения Varimax.

Для проверки устойчивости факторной структуры был проведен анализ политомическим вариантом модели Раша.

Психометрический анализ включил в себя оценку параметров трудности вопросов, анализ показателей конструктивной валидности и надёжности, оценку Индекс числа слоёв. Анализ валидности разрабатываемой методики проводился на основании значения индексов качества, которые оценивают конструктивную валидности утверждений и в итоге, всей методики. Оценивались два

среднеквадратичных индекса валидности: невзвешенный (UMS) и взвешенный (WMS). Для рейтинговых шкал диапазон приемлемых значений индексов UMS и WMS составляет 0.7 – 1.3 [1, 2].

Диагностическая эффективность шкал оценивалась на основе ROC-анализа их значений.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе настоящего исследования была определена 2-х факторная структура разрабатываемой методика диагностики копинг-стратегий. Решение о количестве факторов принималось на основании анализа собственных значений, вклада в общую дисперсию и контекстного анализа утверждений, сформировавших данные факторы. В соответствии с рекомендованными J.M. Linacre критериями, одномерная структура шкалы была отвергнута. На основании рассчитанных статистик нами было принято решение о 2-х факторной структура разрабатываемой методика, а контекстный анализ копинг-стратегий, сформировавших шкалы, позволил объединить в проблемно-ориентированный копинг-стиль и эмоционально-ориентированный копинг-стиль.

В результате нашего исследования было выявлено, что методика обладает достаточной конструктивной валидностью (значения индексов качества UMS и WMS в интервале 0.7 – 1.3).

Утверждения внутри шкал сбалансированы по степени трудности (от -1,04 до +1,20 логитов), что обеспечивает возможность точной диагностики исследуемого конструкта в широком диапазоне выраженности.

Показатели надежности шкал определили их уровень как хороший (0,82 и 0,84)

Дифференциально-диагностически методика способна определять три статистически значимо отличных друг от друга уровня выраженности исследуемого конструкта (Индекс числа слоев по шкалам 2,97 и 2,67) [3].

На этапе стандартизации и испытания полученной диагностической модели была проведена оценка диагностической эффективности шкал модифицированной методики диагностики копинг-стратегий на основе ROC-анализа их значений.

ROC-анализ включал построение характеристических кривых, вычисление площади под кривой и оценку достоверности различий данной площади с площадью, равной 0,5, соответствующей случайному распределению значений. Были определены отсекающие значения, которые с оптимальным соотношением чувствительности и специфичности разделяют испытуемых на две группы: пациентов и здоровых людей.

На основе ROC-анализа была проведена оценка диагностической значимости каждой из шкал опросника и определены отсекающие значения, которые с оптимальным соотношением чувствительности и специфичности разделяют испытуемых на две группы: пациентов и здоровых людей.

На рисунке 1 представлены результаты ROC-анализа шкалы проблемно-ориентированного копинг-стиля.

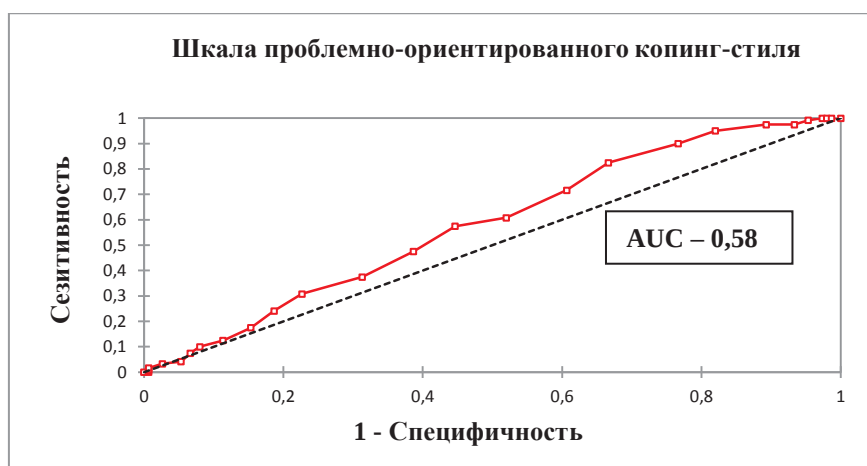


Рисунок 1. – ROC-кривая шкалы проблемно-ориентированного копинг-стиля

Значения площади под ROC-кривой для шкалы проблемно-ориентированного копинг-стиля модифицированной методики диагностики копинг-стратегий характеризуют её диагностическую эффективность как приемлемую (area under curve (AUC) – 0,58). Z-статистика демонстрирует значимые различия ($p < 0,05$) между площадью под ROC-кривой и площадью, равной 0,5, соответствующей случайному распределению значений.

В качестве оптимального порогового значения ROC-анализ определяет балл по данной шкале, равный 11 (что соответствует 4 станайнам), при котором сензитивность шкалы составляет 0,83, специфичность – 0,33.

Шкала является высокочувствительной, что минимизирует вероятность ложноотрицательных результатов.

На рисунке 2 представлены результаты анализа диагностической эффективности шкалы эмоционально-ориентированного копинг-стиля.

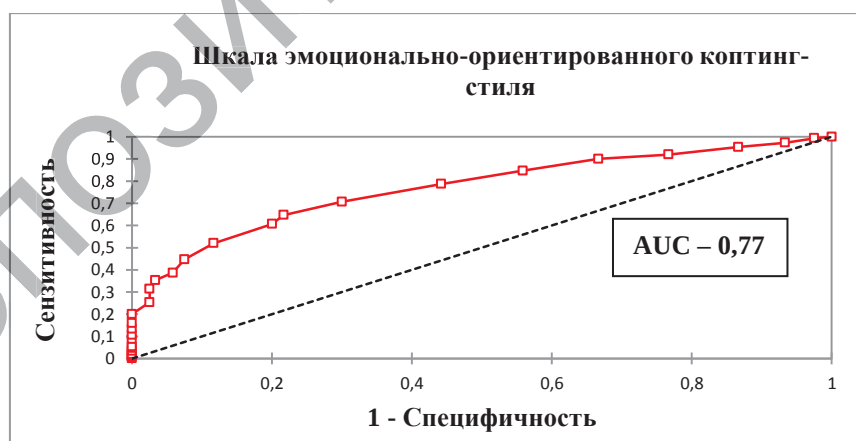


Рисунок 2. – ROC-кривая шкалы эмоционально-ориентированного копинг-стиля

Площадь под ROC-кривой имеет значение 0,77, что дает возможность охарактеризовать шкалу как обладающую хорошим уровнем диагностической эффективности. Шкала эмоционально-ориентированного копинг-стиля при пороговом значении 9 баллов (что соответствует 4 станайнам) характеризуется

высоким показателем специфичности (0,78), значение сензитивности невелико (0,65).

Так как статистически достоверный результат не значит практически значимый – статистическую значимость всегда можно «купить» большим размером выборки – нами был проведен анализ статистической достоверности и оценена практическая значимость. Был рассчитан U-критерий Манна-Уитни и проведена оценка различий между двумя выборками по уровню количественно измеряемого признака (соответствующего каждой шкале копинг-стиля). По результатам теста Манна-Уитни был рассчитан критерий d-Коэна (показатель выраженности эффекта – effect size) отдельно для каждой из шкал моделируемых опросников копинг-стратегий.

Таблица 1 – Результаты сравнительного анализа шкал методики диагностики копинг-стратегий с помощью критерия Манна-Уитни и оценка силы эффекта

Шкалы	U-тест Манна-Уитни	Достоверность различий (p)	d-Коэна
Проблемно-ориентированный копинг-стиль	10474,0	0,0205	0,28
Эмоционально-ориентированный копинг-стиль	15968,5	< 0,0001	1,78

По представленным в таблице 1 значениям видно, что обе шкалы с достаточно высоким уровнем достоверности различий разделяют испытуемых на две группы: группу пациентов и группу здоровых людей.

Далее нами была проведена оценка величины эффекта найденных различий по критерию d-Коэна. Так, коэффициент Коэна по шкале проблемно-ориентированного копинг-стиля, в значении 0,28 выявляет средний уровень способности шкалы различать группы. Сила эффекта может быть также проинтерпретирована как процент неперекрываемости полей значений группы пациентов и группы здоровых людей. Так, полученное нами значение силы эффекта по шкале проблемно-ориентированного копинг-стиля, равная 0,28, означает, что не пересекаются 21, 3% значений.

Коэффициент d-Коэна по шкале эмоционально-ориентированного копинг-стиля, равный 1,78 выявляет очень высокий уровень различия (сильный effect size). Полученное нами значение силы эффекта по данной шкале означает, что 77,4% значений испытуемых двух групп не пересекаются.

Выводы

1. Комплексный статистический анализ рассчитанных показателей шкал моделируемой методики диагностики копинг-стратегий показал, что группа пациентов характеризуется использованием специфических копинг-стратегий, которые статистически и практически значимо отличаются от способов совладания, используемых здоровыми людьми.

2. Полученные статистические характеристики шкал определяют их клиническую диагностическую направленность. Имея характеристики

чувствительного теста, шкала проблемно-ориентированного копинг-стиля рекомендуется на начальных стадиях диагностического поиска для сужения его рамок, так как чувствительный тест редко «пропускает» респондентов, у которых имеется исследуемое свойство. Высокая специфичность шкалы эмоционально-ориентированного копинг-стиля позволяет рекомендовать данную шкалу в качестве диагностического инструмента, подтверждающего ранее полученные данные по специфике используемого пациентом совладающего поведения.

3. Высокая чувствительность шкалы проблемно-ориентированного копинг-стиля и высокая специфичность шкалы эмоционально-ориентированного копинг-стиля модифицированной методики диагностики копинг-стратегий обеспечивают возможность использования данных шкал в качестве диагностического инструмента определения возможной мишени для когнитивно-поведенческой психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М. А. Проблема научного измерения в психодиагностике / М. А. Ассанович // Журн. Гродн. гос. мед. универ. – 2014. - №45. – С.9-14.
2. Луговская, А. А. Анализ конструктивной валидности и надежности шкал методики диагностики копинг-механизмов Э. Хайма на основе модели Раша / А. А. Луговская // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – № 1. – С.42-47.
3. Луговская, А. А. Психометрический анализ шкалы субъективно-фокусированных стратегий моделируемой методики диагностики копинг-поведения / А. А. Луговская // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2017. – № 2. – С.207-215.
4. Набиуллина, Р. Р. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). / Р. Р. Набиуллина, И. В. Тухтарова. Учебное пособие. – Казань, 2003, С. 17-25.
5. Lazarus, R. S. Coping and adaptation / R. S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine. N.Y.: Guilford, 1984. P. 282–325.

РОЛЬ ПСИХОКОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ославский А.И., Шамигулова В.И., Манишко Ю.О., Головня В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Хирургическая инфекция мягких тканей (ХИМТ) занимает одно из основных мест в острой больничной патологии. Значимость проблемы ХИМТ подчёркивается тем фактом, что в настоящее время в структуре первичной обращаемости к общему хирургу их частота достигает 70

%, а в стационарах находятся на излечении с данной патологией до 1/3 всех пациентов. У пациентов наблюдаются жалобы соматического характера и расстройства психической деятельности. Соматопсихические и психосоматические взаимовлияния известны давно, поэтому используется пациент-центрированная терапия, проводящая лечение соматопсихической единицы и научно-отражающие связи между соматическими и психическими направлениями.

Цель. Исследовать психоэмоциональное состояние у пациентов с ХИМТ, оценить психодинамические особенности пациента и роль хирургического и психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние пациентов с ХИМТ.

Методы исследования. Для проведения исследования были подобраны пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, требующими хирургического вмешательства, с локализацией на верхних и нижних конечностях, туловище. Средний возраст пациентов составил $46 \pm 4,8$ лет. Обследованы 40 человек, 20 мужчин и 20 женщин, опрос проводился при поступлении в стационар и после хирургического и психотерапевтического лечения. Хирургическое лечение включало в себя: оперативное вмешательство, налаживание адекватного оттока гнойного содержимого (дренирование), ежедневные перевязки, комплексная медикаментозная терапия: анальгетики, антибактериальные препараты с учетом этиочувствительности микрофлоры, иммуностимуляция, детоксикация, физиотерапия. Психотерапевтическое лечение включало в себя: групповую, индивидуальную, рациональную психотерапию, релаксационные методики. Медикаментозное лечение включало в себя транквилизаторы и седативные препараты. Для исследования отобраны пациенты с расстройством F. 43.2, проявляющимся тревожностью, агрессией, враждебностью, фрустрацией, ригидностью. Проводились: 1. Психодиагностическая беседа. 2. Опрос пациентов по опроснику агрессивности и враждебности Басса-Дарки, включающий в себя 8 шкал агрессивности. 3. Самооценка психических состояний (по Айзенку).

Результаты и их обсуждение. У пациентов были диагностированы различные виды расстройств адаптации: тревожное, депрессивное, тревожно-депрессивное. В процессе беседы контакт с пациентами устанавливался с трудом, большинство из них были зажаты и скованны, проявляли нежелание общаться и свою неприязнь, предъявляли жалобы соматического и психологического характера (сниженный фон настроения, ангедония, утомляемость, раздражительность, плохой сон и аппетит).

Получены следующие результаты при анализе данных по опроснику враждебности Басса-Дарки для пациентов с ХИМТ: средняя индивидуальная враждебность при поступлении в стационар $11 \pm 2,1$ баллов (норма 7 ± 3) ($p < 0,05$). После хирургического и психотерапевтического лечения индивидуальная враждебность снизилась до уровня нормы – $7 \pm 1,6$ баллов. Средняя индивидуальная агрессия при поступлении в стационар составила $28 \pm 2,1$ баллов (норма 21 ± 4) ($p < 0,05$). После проведенного лечения она так же снизилась до уровня нормы – 21 балл.

При анализе результатов исследования по тесту самооценки психических состояний Айзенка для пациентов с ХИМТ: при поступлении в стационар все изучаемые психические состояния были выше среднего уровня: тревожность – $18 \pm 2,3$ баллов, фрустрация – $17 \pm 1,9$ баллов, агрессивность – $15 \pm 1,9$ баллов, ригидность $18 \pm 1,7$ баллов (средний показатель для всех перечисленных психических состояний 8-14 баллов). После проведенного хирургического и психотерапевтического лечения все показатели снизились до среднего уровня: тревожность составила – $10 \pm 1,7$ баллов, фрустрация – $12 \pm 1,9$ баллов, агрессивность – $8 \pm 1,4$ баллов, ригидность – $14 \pm 1,8$ баллов ($p < 0,05$).

В острый период заболевания показатели агрессии, фрустрации, ригидности и враждебности высокие. Тревожность относительно нормы повысилась на 63 %, фрустрация – на 56%, агрессивность – на 18 %, ригидность – на 63 %, индивидуальная враждебность – на 57%, индивидуальная агрессия на 33% ($p < 0,05$). На результат и высоту этих показателей повлияли:

1. Наличие инфекционного процесса: болевой синдром, наличие гнойного отделяемого, зловонность гнойного отделяемого, раздражение вокруг раны, покраснение, припухлость тканей в зоне воспаления, температура, чувство недомогания, разбитость, головные боли и озноб.

2. Личностные особенности пациента.

3. Типы реакций на заболевание в зависимости от возраста и стадии болезни: у зрелых людей чаще наблюдается дизнозогнозия; разгар заболевания связан с наибольшей глубиной поражения, интенсивностью субъективных ощущений, а к периоду выздоровления возникает адаптация, привыкание к тому, что заболевание имеет место, возникают новые формы общения с окружающими. Таким образом установлено, что локализация гнойно-воспалительного заболевания не имеет значительной роли в психо-эмоциональном состоянии пациентов, но зависит от характера и интенсивности интоксикационного процесса, объема повреждения тканей, личностных особенностей и типов реакций на заболевание в зависимости от возраста и стадии болезни.

Важное значение в улучшении психо-эмоционального состояния имеет тесное взаимодействие в процессе лечения врача-хирурга, врача-психотерапевта и психиатра. Был установлен психологический контакт с пациентами, при котором они с необходимым устойчивым вниманием слушали беседу врача, и врач в этом случае смог изменить искаженное мышление пациентов и оценку пациентами своего болезненного состояния. Пациенты были осведомлены о том, что будет происходить с ними после приема лекарства, и что им следует делать при этом.

В результате проведенного лечения исчезли или уменьшились жалобы соматического характера: болевой синдром, наличие гнойного отделяемого, зловонность гнойного отделяемого, раздражение вокруг раны, покраснение, припухлость тканей в зоне воспаления, температура, чувство недомогания, разбитость, головные боли и озноб. Нормализовалась температура, со стороны клинико-лабораторных данных не было признаков воспалительного процесса. Со стороны психической деятельности: улучшился фон настроения, аппетит,

сон, уменьшилась раздражительность. Пациенты стали более спокойны, уравновешены, доступны контакту. Демонстративная неприязнь, враждебность и гнев сменились на доброжелательные отношения. Показатели тревожности снизились на 44%, фрустрации на 29%, агрессивности -на 38%, ригидности на 22%, индивидуальной враждебности на 36 %, индивидуальной агрессии на 25% ($p<0,05$). Уровень ригидности снизился незначительно в отличие от других показателей ($p>0,05$). Так как ригидность – это личностная характеристика, формирующаяся в процессе жизнедеятельности человека, коррекция этого показателя занимает длительный период. Претензии к условиям пребывания в стационаре сохранились, пациентов по-прежнему не устраивали условия нахождения в палатах, присутствие других пациентов и медицинского персонала рядом с ними, нарушение границ их личного пространства, наличие замечаний со стороны соседей по палате касательно зловонного запаха гнойного отделяемого из их раны. В результате проведенного лечения физическое и психическое состояние значительно улучшилось. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Важную роль в улучшении состояния пациента внесло психотерапевтическое вмешательство, учитывая роль эмоциональных факторов в течении заболевания и выздоровлении. Высокий уровень тревожности и эмоциональное напряжение снизились. Недооценка врачами хирургических специальностей важности налаживания психического контакта с пациентами приводит к снижению качества жизни последних, а также увеличивает сроки выздоровления, а значит и длительности госпитализации пациентов после хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвак, М.Е. Психотерапевтические этюды: учеб.пособие / М. Е. Литвак. - Ростов-на-Дону: Пайк, 1996. – 221 с.
2. Кандыба, Д. В. СК-Техника гипноза / Д. В. Кандыба. – Санкт-Петербург: Манн Юнеско, 1994. – 502 с.
3. Королева Е. Г. «Психосоматика» Минск, 2007. – 203 с.
4. Любан-Площа Б., Пельдингер В. «Психосоматический больной на приеме у врача» Санкт-Петербург, 1996 год.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Петрова И.М., Антонова Л.С.

ФГБОУ ВО

«Смоленский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность исследования обусловлена тем, что сердечнососудистые заболевания занимают 1-е место среди причин смертности, инвалидности населения, 3,4 место среди причин заболеваемости.

Гипертоническая болезнь распространена значительно шире, чем это обычно принято считать. Эссенциальная (первичная) артериальная гипертония составляет 90-92% (а по некоторым данным 95%) от всех случаев повышенного артериального давления. Считается, что это обусловлено суммой внешних и генетических факторов и не связано с самостоятельными поражениями органов и систем. Психологические изменения при гипертонической болезни разнообразны и зависят от личностных особенностей человека, а также от тяжести и стадии самой гипертонической болезни. Большое значение имеют особенности личности и реакция нервной системы на внешние воздействия. Важными факторами, которые определяют успешность мероприятий по реабилитации больных гипертонической болезнью являются раннее выявление психопатологических нарушений, а также их своевременная коррекция.

Цель исследования: изучить клинико-психологические особенности личности больных с гипертонической болезнью.

Методы исследования

Исследования пациентов обоего пола в возрасте 40-60 лет проводились на базе ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Смоленск. В обследовании приняло участие 60 человек, которые были разделены на две группы:

Группа 1 – основная, в которую вошли 30 больных гипертонической болезнью: из них 15 женщин и 15 мужчин (средний возраст – 49 лет). У всех больных гипертоническая болезнь протекала с кризами. Всем больным проводилось всестороннее клиническое обследование при поступлении в кардиологические отделения ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Смоленск.

Группа 2 – контрольная, в которую вошли 30 здоровых испытуемых: из них 15 женщин и 15 мужчин (средний возраст – 52 года). В группу здоровых испытуемых были включены люди, у которых отсутствовали хронические и острые соматические заболевания и заболевания нервной системы, психическое здоровье и давшие согласие на участие в исследовании.

В исследовании применялись:

1) клинико-анамнестический метод: учитывались данные анамнеза, наследственность, перенесенные ранее и сопутствующие заболевания, частота нервных стрессов, вредные привычки.

2) психодиагностические методы:

- Личностный опросник Г. Айзенка (ЕРІ) (Приложение А). Опросник ЕРІ содержит 57 вопросов, 24 из которых направлены на выявление экстраверсии-интроверсии, 24 других - на оценку эмоциональной стабильности-нестабильности (нейротизма), остальные 9 составляют контрольную группу вопросов, предназначенную для оценки искренности испытуемого, его отношения к обследованию и достоверности результатов.

Результаты и их обсуждение

В результате обследования у больных гипертонической болезнью с кардиалгией была более выражена психопатологическая симптоматика

преимущественно в виде ипохондрического, тревожного и истерического синдрома.

У лиц с профессиональной артериальной гипертензией и больных гипертонической болезнью наиболее часто выявляют такие черты характера как: стеничность, гипертимность, демонстративность, ригидность и циклоидность, психастеничность и реже интравертированность.

Часто самой гипертонической болезни предшествует длительная психотравмирующая ситуация, вызывающая астенические расстройства, которые, могут носить вначале психогенный характер.

Для отдельных пациентов, особенно когда они уже имеют представление об этом заболевании, если их родственники были больны или умирали от гипертонической болезни, при тревожно-мнительном характере обнаружение высокого артериального давления воспринимается как трагедия или катастрофа, крушение всех надежд. У таких больных наблюдаются стойкие психогенные нарушения, они постоянно посещают врачей, регулярно отслеживают показатели давления, их мысли постоянно сосредоточены на этом, а круг интересов ограничивается фиксацией на данной болезни. Наблюдается отказ от увлечений, сон становится поверхностным, часто можно наблюдать расстройство засыпания по типу невроза ожидания, особенно когда сну субъективно придается решающая роль в нормализации артериального давления.

В этом периоде большое значение имеет консультация психолога, направленная на разъяснение и успокоение больного. Также возможны и специальные психотерапевтические методики или прием транквилизаторов, которые смягчают склонность к аффективным реакциям, напряженность и тревогу. Но прием таких медикаментов не решает сути самой проблемы, а лишь смягчает ее, действуя на симптомы. Устранить причину, а не следствие, может только психотерапия. Необходимо отметить, что в нашей стране отдается предпочтение именно медикаментозному лечению, и только в последнее десятилетие все больше пациентов обращаются за консультацией психолога в подобных ситуациях.

У других больных диагноз гипертонической болезни не вызывает какой-либо реакции, они склонны отрицать факт болезни, отказываться от лечения. Такие реакции часто наблюдаются у тех людей, которые злоупотребляют алкоголем, когда имеется аногнозия соматических расстройств. Многие пациенты правильно оценивают свое состояние и принимают соответствующее лечение.

Установлено, что гипертонической болезнью чаще болеют лица с определенными чертами характера, такими, как сдержанность и целеустремленность, прямолинейность и категоричность в суждениях в сочетании с некоторой ригидностью. Значительно реже гипертоническая болезнь возникает у лиц с эмоциональной неустойчивостью, застенчивых с тревожно-мнительными чертами характера, демонстративных или робких. Указанные особенности личности обычно несколько заостряются с появлением

гипертонической болезни. В связи с этим у больных зачастую возникает больше поводов для эмоционального напряжения.

В развитии гипертонической болезни выделяют этап, для которого характерны астенические расстройства. У некоторых больных в это время появляются навязчивые опасения за свое здоровье, иногда сравнительно быстро формируются истерические реакции и истерические формы поведения.

Выводы

1. Психотравмирующая ситуация, психические состояния, личностные особенности больных влияют на течение гипертонической болезни. У больных гипертонической болезнью (80,4%) достоверно установлены высокие показатели стрессовой нагрузки. У 53,6% испытуемых основной группы выявлялись вредные привычки в виде курения и злоупотребления алкоголем, которые в свою очередь оказывают влияние на сердечно-сосудистую систему.

2. Раннее выявление психологических нарушений и своевременная их коррекция являются важными факторами успешности мероприятий по реабилитации больных с гипертонической болезнью.

3. У испытуемых с гипертонической болезнью преобладает интровертируемый тип личности и нестабильное эмоциональное состояние, то есть можно говорить о повышенном уровне невротизации.

4. В основной группе у 46,7% испытуемых наблюдается высокий уровень личностной фрустрации.

5. У 46,9% испытуемых с гипертонической болезнью сформирована фаза эмоционального выгорания.

6. У испытуемых основной группы отмечается высокий уровень социальной дезадаптации.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Поплавская Э.Э., Балла Е.А., Солодовникова М.И., Черник В.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в настоящее время рассматриваются как основная причина в структуре смертности взрослого населения экономически развитых стран. В Европе ишемическая болезнь сердца (ИБС) – причина 20% смертей. По данным Росстата, в 2014г. смертность в России составила 653,7 на 100 тысяч населения. По инвалидизирующим последствиям ИБС находится на 5-ом месте среди всех заболеваний [3].

Лечение пациента, страдающего ИБС, - многоступенчатый процесс, включающий оптимальную медикаментозную терапию, высокотехнологичные эндоваскулярные и хирургические методы реваскуляризации миокарда [3]. Применение хирургических методов дает возможность увеличить продолжительность жизни таким пациентам [3]. По данным исследования

SYNTAX [4], операция коронарного шунтирования (КШ) снижала вероятность развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений: через 1 год и 5 лет частота их развития составила 12,4 и 26,9% соответственно [3].

Очевидно, что клинический успех реваскуляризации миокарда при КШ во многом зависит от последующего правильного ведения пациента и его активного вовлечения в программы реабилитации и вторичной профилактики. Доказано, что программы кардиореабилитации направлены на увеличение продолжительности и качества жизни (КЖ), предотвращение ССЗ и смерти, прогрессирование атеросклероза и тромбоза, госпитализаций и повторных инвазивных хирургических вмешательств [3].

Термин КЖ подразумевает интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии. На КЖ пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) оказывают большое влияние тяжесть основных сопутствующих заболеваний, психологические факторы, проводимое лечение [2]. Оценка КЖ - важный показатель, являющийся не только самостоятельным критерием эффективности проведенного лечения, но и позволяющий трактовать собственное восприятие пациента, адаптацию в социальной среде и возможность трудиться [5]. Известно, что пациенты, перенесшие ИМ имеют достоверно более низкие показатели КЖ по сравнению с пациентами без ССЗ [2], однако, нет исчерпывающих литературных данных о влиянии КШ на качество жизни пациентов с ИМ на этапе реабилитации в специализированном отделении.

Цель. Оценить влияние КШ на качество жизни пациентов с ИМ на этапе реабилитации в специализированном отделении.

Материалы и методы: Исследование проводилось в отделении реабилитации УЗ «ГОКБ МР» г. Гродно. Обследованы 30 пациентов в возрасте 57 [55;61] лет, которые были разделены на 2 группы: группа 1 - 14 пациентов с ИМ без оперативного вмешательства и группа 2 - 16 пациентов, подвергшихся КШ. Для оценки КЖ использовали опросник качества жизни SF-36, стандартизированный для оценки физического и психоэмоционального компонентов здоровья [1, 5]. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту и полу. План обследования пациентов включал сбор анамнеза, физикальное обследование, антропометрические характеристики, тест с 6-минутной ходьбой, лабораторные методы исследования (СРБ, содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности, липопротеидов низкой плотности).

Данные обработаны при помощи программы Statistica 10,0 с использованием непараметрических методов. Для оценки независимых выборок использовали критерий Манна – Уитней, корреляционный анализ осуществляли методом Спирмана. Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты и их обсуждение. При сравнении исходных клинических данных обе группы были сопоставимы по возрасту ($p < 0,05$) и полу ($p < 0,05$), росту ($p < 0,05$), весу ($p < 0,05$), индексу массы тела ($p < 0,05$). Уровень СРБ

($p < 0,05$) и ХС ($p < 0,05$) также между группами не отличался. Наблюдались различия при проведении теста с 6-минутной ходьбой: исходно уровень систолического артериального давления (АД) до начала исследования был ниже в группе 2 по сравнению с группой 1 и составлял 120 [115; 125] мм рт. ст. и 130 [125; 140] мм рт. ст. соответственно ($p < 0,05$), после завершения теста также в группе 2 значения были значимо ниже 120 [115; 130] мм рт. ст. по сравнению с группой 1 130 [125; 140] мм рт. ст. ($p < 0,05$). Диастолическое АД ($p < 0,05$) и частота сердечных сокращений ($p < 0,05$) исходно и по завершению теста между группами не различались, однако, наблюдался различный уровень физической нагрузки, выполненный в данном тесте. Так, пациенты группы 2 прошли 420 [360; 425] метров в процессе проведения пробы, что было больше по сравнению с группой 1, значения для которой составили 345 [270; 375] метров ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ результатов оценки качества жизни (Таблица 1) свидетельствует о лучшем его уровне у пациентов с ИМ после КИШ (группа 2) по показателям физического функционирования в 1,3 раза ($p < 0,05$), социального функционирования в 1,1 раза ($p < 0,05$), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием в 2,5 раза ($p < 0,05$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием в 1,5 раз ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ в группе 1 показал отрицательную зависимость между физическим функционированием и индексом массы тела $r = -0,72$, положительную между показателем социального функционирования и уровнем физической нагрузки, выполненной в тесте 6 минутной ходьбы $r = 0,53$.

Корреляционный анализ в группе 2 выявил отрицательную зависимость между показателями ОСЗ и весом $r = -0,60$, ОСЗ и ИМТ $r = -0,63$, ОСЗ и ХС $r = -0,52$. Положительная зависимость установлена между РФ и ИБ $r = 0,50$, ЖА и уровнем физической нагрузки, выполненной в тесте 6 минутной ходьбы $r = 0,52$.

Таблица 1. – Сравнительная характеристика показателей качества жизни у пациентов и ИМ без КИШ и пациентов с ИМ после КИШ

Показатели качества жизни	Группа 1	Группа 2
Физическое функционирование (ФФ)	60 [55; 80]	80 [60; 85]*
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ)	25 [0; 50]	62 [50; 100]*
Интенсивность боли (ИБ)	62 [51; 100]	74 [56; 77]
Общее состояние здоровья (ОСЗ)	45 [45; 50]	47 [45; 51]
Жизненная активность (ЖА)	55 [50; 60]	60 [55; 62]
Социальное функционирование (СФ)	44 [25 ; 50]	50 [50; 56]*
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭ)	50,5 [34; 67]	83,5 [67; 100]*
Психическое здоровье (ПЗ)	68 [60; 72]	68 [56; 72]

Примечание: * – статистически значимые различия показателей с вероятностью ошибки, $p < 0,05$ по сравнению с группой практически здоровых лиц.

Таким образом, у пациентов с ИМ после КШ по сравнению с пациентами, перенесшими ИМ без КШ объективно имеются лучшие показатели переносимости физической нагрузки о чем свидетельствует большее расстояние, пройденное в тесте с 6 –минутной ходьбой и более низкие показатели систолического АД исходно и после теста.

Лучшее физическое самочувствие отражается и на качестве жизни таких пациентов. В пользу чего говорят лучшие показатели у них физического и социального функционирования, а также ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием.

У пациентов обеих групп, согласно данным корреляционного анализа отрицательное влияние на КЖ оказывает избыточный вес, высокие значения ИМТ и ХС, а положительное – более высокий уровень физической нагрузки, выполненный в тесте 6-минутной ходьбы, что еще раз указывает на взаимосвязь физического состояния пациента и его психоэмоционального статуса.

Учитывая, что низкие баллы по шкале ИБ свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента, то положительная корреляция между РФ и ИБ указывает на то, что на повседневную ролевою деятельность пациентов с ИМ после КШ (работа, выполнение повседневных обязанностей) оказывало влияние интенсивность болевых ощущений, соответственно, чем сильнее ощущение боли, тем ниже уровень повседневной физической активности.

Выводы. У пациентов с ИМ после КШ отмечается более высокий уровень качества жизни и выполняемой физической нагрузки по сравнению с пациентами, перенесшими ИМ без применения в лечении КШ.

Лучшее физическое самочувствие положительно влияет на качество жизни как пациентов с ИМ после КШ, так и пациентов с ИМ без КШ.

Отрицательное влияние на КЖ у пациентов с ИМ после КШ оказывает избыточный вес, высокие значения ИМТ и ХС.

Интенсивность болевых ощущений у пациентов с ИМ после КШ снижает уровень их повседневной физической активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов, Д. М. Методика оценки качества жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д. М. Аронов, В. П. Зайцев // Кардиология. – 2002. – Т. 42, № 5. – С. 92-95.
2. Сейтекова, А.Н. Оценка качества жизни больных, перенесших инфаркт миокарда // Международный студенческий научный вестник. – 2016. - №6.; URL: <http://eduherald.ru/ru/article/view?id=16677> (дата обращения: 11.04.2018)
3. Комплексная программа реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования в условиях поликлинического кардиореабилитационного отделения: клинические эффекты третьего этапа реабилитации Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Иоселиани Д.Г., Красницкий В.Б., Шовкун Т.В., Новикова Н.К., Ярных Е.В. Кардиология №3 2017 с 10-19.

4. Coronary artery bypass grafting vs. percutaneous coronary intervention for patients with three-vessel disease: final 5-year follow-up of the SYNTAX trial // S.J. Head et al.- 2014- №35. – 2821-2830.

Ware, J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // Med. Care. – 1992. – № 30 (6). – P. 473-483.

ДВАДЦАТЬ ПЯТЬ ШАГОВ ОТ САЕНТОЛОГИИ К НАУЧНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Прудило А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

«Даже девять совершенно здоровых женщин не могут родить ребёнка за один месяц. Плод должен созреть». Открытие в 1993 году медико-психологического факультета Гродненского государственного медицинского, тогда ещё института, требовало соответствующего организационного и «материально – технического», методического обеспечения. С этой целью в том же году был организован курс общей психологии. Впрочем, организационно – методическое обеспечение учебного процесса перманентно, что порождает потребность постоянного, критического переосмысления накопленного опыта «поражений и побед».

Если следовать строгой исторической правде, то он первоначально носил странноватое название: «Курс общей и частной психологии» и был подразделением кафедры медицинской психологии и психотерапии. Впервые курс стал кафедрой в 2000-м году. Тогда было решено создать объединённую кафедру общей и социальной психологии. Объединение состоялось с кафедрой социальной психологии Гродненского государственного университета имени Янки Купалы (ГрГУ). Данное решение было вызвано «кадровым голодом», а они, как известно «решают всё».

Однако из этой затеи ничего не вышло, и уже через два года объединение было ликвидировано. Курс общей психологии стал автономной частью кафедры психиатрии Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ). В данном качестве он просуществовал до 2008 года, когда был преобразован в кафедру психологии и педагогики.

Расторжению творческого союза были причины. Первая. Коллеги факультета психологии ГрГУ не очень охотно шли на сотрудничество и тем более отказывались переводиться в медицинский университет на постоянную работу. Вторая – объект, он же субъект профессиональной и учебной деятельности - студенческий контингент медицинского университета. Он в большинстве своём пытлив, требователен, настойчив в стремлении к знаниям, умениям и навыкам. За редким исключением врачами становятся все выпускники, понимающие, что без должного уровня компетенций работать самостоятельно им будет сложновато.

Здесь справедливости ради следует заметить, что не все преподаватели ГрГУ реагировали отказом от сотрудничества. В.С. Богословская, Л.М. Даукша, А.М. Колышко, Л.А. Семчук по совместительству оказали существенную поддержку в преподавании различных дисциплин. М.М. Карнелович и Ю.Л. Скрибук работали штатными преподавателями медицинского университета.

Начинавшие работать на курсе лаборантами С.О. Ковальчук и Т.И. Спасюк после соответствующего повышения квалификации стали преподавателями. Впрочем, фамилии всех, в разное время работавших на курсе – кафедре сотрудников можно найти на сайте кафедры психологии и педагогики ГрГМУ.

Первыми преподавателями курса психологии были И.А. Михеев (1993-1998 гг.) и Т.Ю. Елизарова (1993-2000 гг.). Они преподавали, соответственно, психологию личности и общую психологию.

Впервые на курс по совместительству в качестве преподавателя возрастной и дифференциальной психологии я был приглашён в 1995 году. Апробация, видимо, прошла успешно, и через год поступило предложение стать заведующим курсом, что продлилось до создания кафедры психологии и педагогики в 2008 году.

Сюрприз поджидал меня уже прямо на территории курса. Дверь одной из аудиторий украшала надпись: «Ступени». Библиотека изотерической литературы и саентологии.» Воспринималось это, как если бы в мечети вы увидели статую Будды и Христово распятие. Выражаясь научнообразно – когнитивный диссонанс. Портфель выпал из рук.

В ректорате объяснили, что аудиторию арендует предприниматель – владелец книжного магазина. После короткой, продуктивной беседы было принято решение о передаче аудитории законному владельцу и организации там методического кабинета. Своеобразной «лаборатории», где хранились книги и журналы, частью переданные из библиотеки университета, к чему с пониманием и поддержкой относилась заведующая С.С. Гулько. Выписывались журналы «Вопросы психологии» и «Психологический журнал».

Здесь же формировался и хранился «Банк методик психологической диагностики». Заведовала методическим кабинетом с момента образования до закрытия Т.С. Атращёнок. Методический кабинет просуществовал почти десять лет. За весь период его функционирования там было собрано более 600 экземпляров монографий, учебников, учебно-методических пособий, учебных программ, напрямую доступных студентам медико-психологического факультета.

Программы приходилось прописывать всем преподавателям самостоятельно. Даже первая в стране программа «Основы психологии и педагогики» для медицинских учреждений образования была позаимствована у нас. Всего же были разработаны типовые программы по дисциплинам: общая психология, психология личности, социальная, возрастная, дифференциальная, экспериментальная психология, история психологии, общая психодиагностика. Проводились элективные курсы: психология общения (тренинг общения), психология семейных отношений, проективные методики психодиагностики, судебно-психологическая экспертиза. В 2002 – 2004 годах налажены связи с

Минским гештальтинститутом. Н.В. Фурманова проводила в Гродно на базе курса сессии для студентов медико-психологического факультета.

Аналогов факультету в стране не было, и пока нет. Гродненский медицинский университет первым внёс коррективы в подготовку врачей психиатрического профиля. По психологии – 666 часов, 263 часа по дисциплинам собственно психиатрического профиля – на фоне 78 часов на лечебных факультетах других медицинских вузов. Всего – 929 часов. Соотношение – более чем 10 к 1. Здесь только за счёт непроизвольного внимания не самый лучший студенческий контингент усваивает 30% информации, что втрое превышает традиционный объём подготовки. Здесь следует помнить ещё и об отсутствующих там базовых психологических дисциплинах - «анатомии и физиологии» психики. Закономерно, что министр здравоохранения Л.А. Постоялко в 2002 – 2006 годах вводила ограничения на выпуск психиатров и психотерапевтов для остальных высших медицинских учреждений образования.

«Лихие девяностые» были кризисными во всех сферах жизни общества. Психологии и психотерапии это также коснулось. Достаточно вспомнить чародея Кашпиоровского и кетчуп «Чумак».

В связи с этим профессор И.А. Фурманов писал: «<...> всё более распространённым становится убеждение в том, что профессию психолога можно освоить в течение нескольких месяцев или даже за год <...>, а <...> рынок страны наводнён «кентаврами» - разного рода «педагогами-психологами», «врачами-психологами», «менеджерами-психологами» и пр.» [1, с. 5]. Это высказывание, в определённой своей части, справедливо и по сей день. Относительно «врача-психолога» - это о нашем медико-психологическом факультете. Сейчас уже не актуально. Но на момент создания факультета и лет десять его существования была идея выпускать кроме врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов и врача-психолога. Восстало психологическое сообщество. Мы отстаивали свою позицию, надо признать, ошибочную [1, с. 5]. В конечном итоге, был найден консенсус.

Приметой того времени была повальная увлечённость ставшими разрешёнными и доступными, различными направлениями западной психологии и психотерапии.

Психиатры отращивали «фрейдовские» бороды и вступали в международные психоаналитические ассоциации. Параллельно шло освоение NLP (нейро-лингвистического программирования) и полной ему противоположности - техники репертуарных решёток Дж. Келли. От психодинамики до когнитивной психологии, через бихевиоральную парадигму лежал тернистый путь сей в стремлении к истине. В конечном счёте, первенство установилось на наиболее популярной «золотой середине» - гештальтпсихологии. Кроме того, в наши дни модной является ещё экзистенциальная психотерапия, ассоциирующаяся с изотерическими «Ступенями» поиска Шамбалы.

Для научной работы необходимо оборудование - методики психологической диагностики.

Естественно, что на момент рождения курса общей психологии фонды «лаборатории» были пусты. Не были они обильны и у коллег психиатров. Обращение в организационно-методический отдел Гродненского областного психоневрологического диспансера привело к казусному результату. На обращение с целью совершить обмен имеющихся в личной собственности методик психологической диагностики на наличествующие в диспансере тесты, психиатры предложили методику Г. Роршаха. На вопрос - каким чудом она у них оказалась? Последовал ответ – мы сами нарисовали. Живописью в те годы занимались не только психиатры. Лично трудолюбиво и настойчиво пытался воспроизвести цветные карточки методики М. Люшера. К счастью, Леонардо да Винчи из меня не вышло.

Не менее удачным было то обстоятельство, что в период учёбы по повышению квалификации в Московском институте судебно – психиатрической экспертизы имени В.П. Сербского был приобретён в лаборатории психодиагностики Л.Н. Собчик целый арсенал стандартизированных ею к русскоязычной выборке методик. Таких как: ММРІ - СМІЛ, метод цветных выборов М. Люшера, опросник стиля межличностного взаимодействия Т. Лири. Кроме того, был в наличии адаптированный А.Г. Шмелёвым 16-PF Р. Кеттелла. Они и легли в основу формировавшегося на курсе психодиагностического инструментария. Некоторые студенты медико-психологического факультета свои первые научные работы выполняли на курсе общей психологии.

Учебный процесс немыслим без литературного обеспечения.

Благодаря WWW сейчас стал доступен широкий спектр научных и учебно-методических источников, а тогда... Тогда нужны были книги. Переживавшая кризис советская описательная психология, многие годы пытавшаяся подвести научную основу под воспитание «нового, всесторонне развитого человека» дать их не могла. В библиотеке мединститута нашёлся один «Краткий психологический словарь» 1985 года типографии «Политиздат». Дисциплины изучались по конспектам лекций.

Системный кризис он ведь и финансовый тоже.

Содержащий лишь краткую критику западных теорий, в целом достаточно внятно излагающий концепцию личности культурно – исторического, деятельностного подхода, принадлежавший лично И.А. Михееву учебник А.Г. Асмолова «Психология личности» был ксерокопирован в 40 экземплярах. «Теории личности» Л. Хьелла и Д. Зиглера закуплены в количестве 20 экземпляров. Книги А. Анастази «Дифференциальная психология. Индивидуальные и групповые различия в поведении» и «Психологическое тестирование», Л.Ф. Бурлачука «Психодиагностика», В.Н. Дружинина «Экспериментальная психология» - по два экземпляра. Мою монографию по психологическому консультированию напечатали в мединституте за мои же деньги [2]. С литературой случались забавные истории. В Москве в 1989 году купил за 25 рублей ксерокопию сборника работ З. Фрейда «Психология бессознательного». Через год, в Гродно за 2 рубля 50 копеек приобрёл тот же текст, в твёрдой обложке издательства «Просвещение».

Сейчас печатается большое количество психологической литературы. Разумеется, трудно признать за всей идеальное качество, что закономерно. Артур Александрович Реан особенно продуктивен. Множество произведений вышло из-под его личного пера и в содружестве с огромным количеством соавторов! Здесь все психологии. Может получиться многотомное издание под общим названием «Психология человека от рождения до смерти» [3].

Как сказано выше, курс общей психологии кафедры психиатрии был преобразован в кафедру психологии и педагогики в сентябре 2008 года. Сейчас кафедру возглавляет выпускница медико – психологического факультета, кандидат медицинских наук, доцент С.Л. Бойко. Работают кандидаты и магистры психологических наук, магистры педагогических наук.

Четверть века – возраст молодой, но зрелый. Демографически – поколение - крепкое, настойчивое, успешное. Большинство выпускников стали высококласными профессионалами, одни - кандидатами медицинских наук, другие - компетентными руководителями, некоторые работают за границей.

Можно утверждать, что некогда взятым курсом корабль кафедры психологии и педагогики продолжает поступательное движение вперёд.

ЛИТЕРАТУРА

1. Обухов, С.Г. Чужой среди своих, свой среди чужих. / С.Г. Обухов, А.В. Прудило // Медицинский вестник. – 2004. - № 38, - С. 5.
2. Прудило, А.В. Психологическая профориентационная консультация. Учебно-методическое пособие. / А.В. Прудило. – Гродно: ГрГМИ, 1996. – 159с.
3. Реан, А.А. Психология человека от рождения и смерти. / А.А. Реан. – М.: АСТ, 2015. – 656 с.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ К УСКОРЕННОМУ ТЕМПУ СТАРЕНИЯ

Сапроненков Г.С., Солоднева Д.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

С каждым последующим столетием индивидуальная продолжительность жизни значительно увеличивалась. За рубежом проблема психологической обусловленности преждевременного старения поднимается крайне редко, что обуславливает актуальность исследований в рамках этой проблемы. Известно лишь о нескольких крупных исследованиях. Впервые критерии физиологического и преждевременного старения были рассмотрены на семинаре ВОЗ по задачам геронтологии, проходившим в 1963г. в Киеве. В соответствии с его постановлением под физиологическим старением принято считать естественное начало и постепенное развитие старческих изменений.

Соответствующей данной возрастной группе и снижающей способность организма адаптироваться к окружающей среде. В результате под преждевременным, или ускоренным старением было принято считать любое частичное более полное ускорение темпа старения. Приводящее к «опережению» среднего уровня старения группы, в которой находится данный индивид. В ходе семинара было установлено, что старение обусловлено как внутренними, так и внешними факторами. Естественно, что при каждом из названных типов старения влияния этих факторов совершенно различно.

Среди факторов ускоренного старения можно выделить эндогенные и экзогенные, т.е. внутренние и внешние. К эндогенным факторам относятся наследственность и различные болезни. К экзогенным стоит отнести факторы среды: гиподинамия, избыточное питание, вредные привычки, стресс, неблагоприятная окружающая среда.

Цель исследования: изучение клинико-психологических особенностей пожилых людей для выявления группы с предрасположенностью к ускоренному темпу старения.

Материалы и методы исследования: Проведена клинико-психологическая диагностика 80 респондентов, которыми являлись пожилые люди от 50-90 лет. Выборку исследования составили две группы, основная – 40 человек, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении в геронтологическом центре. Контрольная – 40 человек, ведущих активную социальную жизнь и являющихся членами кружков по интересам.

Методика оценки биологического возраста по П. Войтенко, Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI), The Holmes and Rage Stress Inventory, Опросник аффилиации А. Мехрабиана, Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ). Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программ Microsoft Excel и Statistic 6.0.

Результаты: В результате диагностической работы выявляющих возрастные несоответствия был выявлен ряд несоответствий в обеих группах, их количественный показатель значительно отличался. В основной группе, а именно у пациентов геронтологического стационара, возрастные несоответствия были выявлены у 94% испытуемых. Таким образом только у 6% пациентов геронтологического стационара календарный возраст соответствует биологическому. Среди пациентов исследуемой группы у 68% возрастные несоответствия носят ярко выраженный характер. 68% испытуемых опережают свой календарный возраст в среднем на 9-15 лет. Возрастное несоответствие от 3-9 лет выявлено у оставшихся 26%. Возрастные несоответствия в исследуемой группе носят ярко выраженный характер, из чего можно сделать вывод о наличии признаков ускоренного старения.

Результатом работы с контрольной группой, в которой испытуемые являющиеся членами различных городских объединений, стали данные отображающие показатели возрастных соответствий. У 60% испытуемых не было выявлено существенных отклонений от нормы. У 32% испытуемых были обнаружены возрастные несущественные возрастные изменения в пределах 3 -

9 лет. У 8% были выявлены отклонения в пределах 9 - 15 лет. Данные результаты отображены в таблице 1.

Таблица 1. Методика оценки биологического возраста по П. Войтенко

Уровень возрастных несоответствий.	Процентное соотношение полученных результатов	
	Основная группа	Контрольная группа
Возрастное несоответствие в пределах 9-15 лет.	68%	8%
Несоответствие в пределах 3.9 лет.	26%	32%
Соответствие возрасту.	6%	60%

Согласно показателям методики Спилбергера, у пациентов геронтологического стационара значительно снижена ситуативная тревожность, что несомненно является следствием условий стационара и длительного пребывания в нем. Однако у данных пациентов, а именно у 70% опрошенных показатели личностной тревожности крайне высоки. А значит необходимо более детальное выявление причин установленных результатов.

Сравнительный анализ контрольной и основной группы выявил явное преобладание более высоких показателей, как ситуативной, так и личностной тревожности в исследуемой группе.

Таблица 2. Шкала Тревоги Спилбергера

Уровни тревожности / Типы тревожности	Процентные показатели в основной группе		Процентные показатели в контрольной группе	
	Ситуативная	Личностная	Ситуативная	Личностная
Высокий уровень	15%	70%	25%	25%
Средний уровень	25%	20%	65%	30%
Низкий уровень	60%	10%	10%	45%

В 70% в исследуемой группе были выявлены показатели высокой личностной тревожности. Статистически доказано несоответствие и преобладание показателей ситуативной и личностной тревожности у основной, в сравнении с контрольной группой.

По результатам методики стрессоустойчивости, являющейся универсальным вариантом диагностики степени совладания и сопротивляемости стрессу были выявлены следующие показатели внутри исследуемой группы:

- высокие показатели сопротивляемости стрессу, т. е. высокая стрессоустойчивость была выявлена у 5% испытуемых. Значительно отличаются результаты контрольной группы. Были выявлены следующие результаты:

- низкая стрессоустойчивость и высокая ранимость выявлены у 20% исследуемых;

- пороговые показатели обнаружены у 35% - высокие показатели стрессоустойчивости контрольной группы выявлены у 45%;

- пороговые показатели, т.е. пороговая стрессоустойчивость в основной группе выявлена у 20% испытуемых.

- низкая способность сопротивляемости к стрессу, т.е. высокая ранимость обнаружены у 75% исследуемых. Наглядно результаты можно отобразить в таблице 3.

Таблица 3. The Holmes and Rage Stress Inventory

Сопrotивляемость стрессу Группы	Высокая	Пороговая	Низкая
Основная	5%	20%	75%
Контрольная	45%	35%	20%

По результатам проведения методики «Опросник аффилиации А. Мехрабиана», предназначенного для выявления трудностей социализации и дезадаптации путем выявления страха отвержения и нарушения мотивации аффилиации было выявлено: в основной группе у 38% респондентов наблюдается ярко выраженный страх отвержения со сниженным стремлением к аффилиации, что говорит о избегании контакта с людьми и поиске одиночества. У 20% выражено стремление к аффилиации без страха отвержения, что говорит о поиске контактов и получения удовольствия от них, также у 20% отмечается низкий уровень развития обоих мотивов. Такое сочетание данных мотивационных тенденций характеризует человека, который, живя среди людей, общаясь с ними, не испытывает от этого ни положительных, ни отрицательных эмоций и хорошо себя чувствует как среди людей, так и без них. У 32% респондентов наблюдается сочетание обоих видов мотивов.

Психодиагностические показатели методики СМОЛ – направлены на выявление наиболее распространенных ситуативных или застойных личностных расстройств, обусловленных экстремальными условиями жизнедеятельности.

Результаты данной методики выявили у 40% основной группы выявлены высокие показатели по шкале Истерии (Hy). Процент исследуемых с высокими показателями Психастении (Pt) наблюдался у 69%. Стоит отдельно отметить высокие показатели выявленные по шкалам Депрессии (D) и Ипохондрии (Hs). Высокие показатели Депрессии (D) были выявлены у 85%, а высокие показатели Ипохондрии (Hs) у 74%.

В результате диагностической работы с контрольной группой были выявлены определенные ярко выраженные личностные черты. Так высокие показатели по шкале Ипохондрии(Hs) выявлены у 20% респондентов, показатели Истерии выявлены у 28%, Психопатии(Pd) – 11%, Паранояльности(Pa) – 5%, Психастении(Pt) - 30%, Шизоидности(Se) – 14%, Гиппомании(Ma) – 10%.

Выводы: Таким образом было выявлено, что наличие в основной группе высоких возрастных несоответствий, высоких показателей личностной тревожности, низкой сопротивляемости стрессу, наличия дезадаптивных аффилиационных мотивов и преобладания Депрессивных (D), Ипохондрических (Hs), Психастенических (Pt) и Истероидных (Hy) черт позволяет сделать вывод о предрасположенности к ускоренному темпу старения в данной группе. Для преодоления стрессового фактора, связанного с адаптацией к постоянно меняющейся окружающей обстановке пожилым людям необходима дополнительная психологическая поддержка. Стратегию психотерапии должны определять симптомы и личность пациента, а выбор психотерапевтических методик должен быть подобран с учетом возрастных особенностей, в работе важно использовать различные тренинги, которые не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и активно способствуют разработке и усвоению новых функций.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ ВНУТРИМОЗГОВЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Тименова С.В., Кулеш С.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

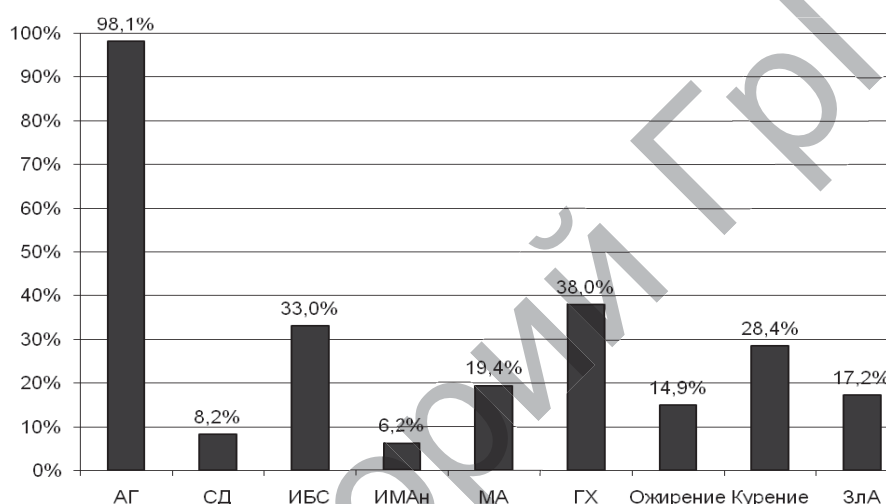
Актуальность. Мозговой инсульт является одной из ведущих причин смертности и инвалидности во всем мире. Нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (ВМК) – менее частый, но наиболее тяжелый тип инсульта, который характеризуется самыми высокими показателями заболеваемости и летальности. [1]. Детальный анализ проблемы последствий ВМК и других цереброваскулярных заболеваний, повышение эффективности мероприятий по их снижению требуют проведения эпидемиологических исследований в том числе изучения распространенности факторов риска.

Цель. Установить распространенность факторов риска при ВМК.

Материалы и методы. Каждый случай заболевания фиксировался с присвоением специального номера и внесением информации в компьютерную базу данных, содержащей основные сведения о пациенте, исходе ВМК, месте лечения, наличии основных факторов риска. Пациента включали в регистр, если его состояние соответствовало диагностическим критериям ВМК, он постоянно проживал в г. Гродно и был в возрасте от 15 лет и старше. Критерии исключения: травматический генез ВМК; геморрагическая трансформация инфаркта мозга (как причина накопления крови в ткани головного мозга); аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние с формированием внутримозговой гематомы; вторичное ВМК при заболеваниях крови; вторичное ВМК вследствие новообразования головного мозга. Для полного выявления всех случаев ВМК использовался принцип множественных перекрывающихся источников информации: данные стационаров, поликлиник, патологоанатомического бюро, судебно-медицинской экспертизы. Учитывали

следующие факторы риска ВМК: артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца (ИБС), перенесенный инфаркт миокарда, мерцательную аритмию, гиперхолестеринемия, ожирение, текущее курение, злоупотребление алкоголем. При обработке данных использовался пакет прикладных статистических программ STATISTICA, версия 10.0.

Результаты и обсуждение. Анализ распространенности факторов риска показал, что АГ (первичного или вторичного генеза) регистрировалась в 98,1% случаев ВМК, сахарный диабет – в 8,2% случаев (в т.ч. 7 случаев II типа), ИБС (без учета перенесших инфаркт миокарда) – в 33,0% случаев, инфаркт миокарда в анамнезе – в 6,2% случаев мерцательная аритмия – в 19,4% случаев, гиперхолестеринемия – в 38,0% случаев, ожирение – в 14,9% случаев, текущее курение – в 28,4% случаев, злоупотребление алкоголем – в 17,2% случаев (рисунок 1).



АГ – артериальная гипертензия; СД – сахарный диабет; ИМАН – инфаркт миокарда в анамнезе; МА – мерцательная аритмия; ГХ – гиперхолестеринемия; ЗЛА – злоупотребление алкоголем

Рисунок 1. – Распространенность факторов риска у больных ВМК, включенных в регистр

Анализ основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с ВМК показал, что наиболее распространенными являются АГ и возраст. Наличие АГ в 98,1% случаев ВМК свидетельствует о необходимости ее активного выявления, диспансерного наблюдения, контроля и систематического адекватного медикаментозного лечения для профилактики развития ВМК. Сахарный диабет, как и АГ, приводит к артериолопатии, однако в ранее опубликованных работах не была установлена его значимость как фактора риска ВМК [2].

Обращает на себя внимание достаточно высокая распространенность кардиальных факторов риска у пациентов с ВМК: удельный вес пациентов с ИБС и перенесенным инфарктом миокарда достигал 39,2%, у 19,4% пациентов отмечалась мерцательная аритмия. Указанные факты, вероятно, демонстрируют определенную общность патогенеза цереброваскулярной патологии.

В ряде проведенных ранее исследований не была установлена прямая или обратная ассоциация между высоким уровнем общего холестерина крови и риском ВМК [2]. Было высказано предположение, что при низком уровне холестерина отмечается слабость эндотелия, что приводит к хрупкости артериол и кровоизлиянию. Однако в нашем исследовании низкие уровни общего холестерина ($<3,2$ ммоль/л) отмечались только у 3 из 71 обследованных пациентов. Ожирение как фактор риска ВМК имеет, по данным литературы, опосредованный механизм действия (через АГ и сахарный диабет). Распространенность ожирения у пациентов в нашем исследовании (14,9%) была сопоставимой с данными других авторов.

Удельный вес пациентов в исследованной когорте, которые были курильщиками на момент возникновения ВМК, является значительным (28,4%) и достоверно превышает соответствующий показатель в ряде зарубежных исследований. Литературные данные последовательно показывают связь курения и ВМК, при этом отмечается дозозависимый эффект. Т. Kurth и соавт. [3] путем сравнительного учета количества выкуриваемых сигарет до ВМК (менее 20 / 20 и более в день) выявили статистически достоверную связь курения и риска ВМК.

В большинстве проведенных исследований доказано, что злоупотребление алкоголем является фактором риска ВМК [2, 0]. Предполагаемыми механизмами его реализации являются дисфункция тромбоцитов и нарушения коагуляции, а также повреждение эндотелия. Распространенность указанного фактора риска среди жителей г. Гродно, перенесших ВМК в 2011 г., в 1,6 раза превышала таковую в госпитальном регистре Университета Цинциннати (США, 10,6%, $p>0,05$) и была сходной с данными популяционного регистра Безансона (Франция, 18,0%), хотя в указанных исследованиях использовалось более широкое определение данного фактора (употребление более 30 г абсолютного алкоголя в день).

Выводы. Таким образом, высокая распространенность факторов риска у пациентов ВМК г. Гродно свидетельствуют о необходимости активного проведения мероприятий по первичной и вторичной профилактике ВМК, а также указывают важнейшие направления такой профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage according over time, according to age, sex and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis / C. van Asch [et al.] // *Lancet Neurol.* – 2010. – Vol. 9. – P. 167–176.
 2. Risk factors for intracerebral hemorrhage in the general population: a systematic review / M.J. Ariesen [et al.] // *Stroke.* – 2003. – Vol. 34. – P. 2060–2065.
 3. Smoking and the risk of hemorrhagic stroke in men / T. Kurth [et al.] // *Stroke.* – 2003. – Vol. 34. – P. 1151–1155.
- Heavy alcohol intake and intracerebral hemorrhage: characteristics and effect on outcome / B. Casolla [et al.] // *Neurology.* – 2012. – Vol. 79. – P. 1109–1115.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ПРИ НЕТРАВМАТИЧЕСКОМ ВНУТРИМОЗГОВОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

Тименова С.В., Кулеш С.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (ВМК) является одной из важнейших проблем ангионеврологии. Благодаря внедрению в клинику рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии (РКТ, МРТ) значительно изменились представления о частоте, тяжести течения и прогнозе кровоизлияний в головной мозг [1]. Определение типа инсульта окончательно диагностируется на основании данных нейровизуализационного исследования. Сегодня необходимость проведения РКТ для диагностики ВМК не вызывает сомнения.

Цель. Установить спектр нейровизуализационных характеристик всех случаев ВМК в крупной городской популяции.

Материалы и методы. Все случаи ВМК, развившегося среди 342 444 жителей г. Гродно в течение 12-ти месяцев 2011 года были зарегистрированы и комплексно оценены. Использовался метод популяционного регистра мозгового инсульта с множественными перекрывающимися источниками информации. Пациента включали в регистр, если его состояние соответствовало диагностическим критериям ВМК [2], он постоянно проживал в г. Гродно и был в возрасте от 15 лет и старше. Критерии исключения: травматический генез ВМК; геморрагическая трансформация инфаркта мозга (как причина накопления крови в ткани головного мозга); аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние с формированием внутримозговой гематомы; вторичное ВМК при заболеваниях крови; вторичное ВМК вследствие новообразования головного мозга.

Нейрорадиологическое исследование было проведено на следующих томографах: мультисрезовом спиральном компьютерном томографе «Philips MX8000 Dual»; мультисрезовом спиральном компьютерном томографе «GE LightSpeed 32 Pro»; магнитно-резонансном томографе «Philips Gyroscan Intera 1T». Данные исследований в формате DICOM были записаны на электронный носитель и подвергнуты углубленному анализу по разработанному нами алгоритму, включающему оценку комплекса следующих ключевых параметров, ассоциированных в отдельности, по данным литературы, с исходом ВМК.

1) Объем кровоизлияния в мл (см^3) рассчитывался по методу R.U. Kothari и соавт. [3] с использованием формулы: $\text{объем} = A \times B \times C / 2$, где A, B, C обозначают диаметры (размеры) гематомы в 3 измерениях в см.

2) Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния, оцениваемую в баллах по 12-балльной шкале J. Ruscalleda, A. Peiro [4], при этом баллы при наличии различного количества крови в боковых, третьем и четвертом желудочках суммировались.

3) Смещение срединных структур в мм.

4) Выраженность компрессии перимезенцефалических (обводных) цистерн, оцениваемую по 4-балльной шкале [4], что верифицирует транстенториальную дислокацию/смещение мозга.

5) Степень окклюзионной гидроцефалии, оцениваемую по 24-балльной шкале [4]. Сумма баллов была определена путем оценки лобного рога, полости и височного рога каждого бокового, третьего и четвертого желудочков. Каждая порция желудочковой системы была оценена в баллах при сравнении с возрастной нормой.

При обработке данных использовался пакет прикладных статистических программ STATISTICA, версия 10.0.

Результаты и обсуждение. В исследуемый период времени в г. Гродно зарегистрировано 107 случаев ВМК. Диагноз ВМК был верифицирован при РКТ/МРТ/аутопсии в 97 (90,7%) случаях. Нейрорадиологическое исследование проведено в 69 случаях (64,5%), в том числе 63 РКТ и 6 МРТ. Средний срок от момента возникновения ВМК до проведения нейровизуализации составил 1,8 суток.

Превалирующей локализацией очагов кровоизлияния являлись глубокие отделы полушарий (базальные ганглии и таламус), что отмечалось у 39 из 89 пациентов (43,8%, табл. 1). Лобарные кровоизлияния составили 24,7%, кровоизлияние в ствол – 10,1%, в мозжечок – 4,5%, внутрижелудочковые геморрагии – 3,4%. У 12 пациентов (13,5%) наблюдались ВМК смешанной / множественной локализации.

Анализ результатов нейровизуализации по разработанному алгоритму представлен в таблице 1.

Объем кровоизлияния был рассчитан по данным РКТ/МРТ у 66 пациентов с кровоизлиянием в вещество головного мозга (без учета 3 пациентов с внутрижелудочковым кровоизлиянием). Расчет объема проведен также у 14 умерших пациентов, которым не проводилось нейрорадиологическое исследование, но в протоколе аутопсии имелось подробное описание размеров гематомы. Объем кровоизлияния варьировал от 1,8 до 210,0 мл и в среднем составил $48,4 \pm 53,8$ мл; медиана данного показателя – 29,3 мл. Среди подгрупп по объему кровоизлияния наибольший удельный вес составили пациенты с объемом менее 21 мл (37,5%), а также с объемом более 50 мл (32,5%).

Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния в среднем составила $2,5 \pm 2,8$ баллов, медиана этого показателя – 2,0 балла.

Наибольшее количество составили пациенты, у которых кровь в желудочковой системе отсутствовала (43,1%), а также с минимальным (от 1 до 4), т.е. внутрижелудочковым кровоизлиянием легкой степени тяжести (30,8%). Среднее значение показателя степени окклюзионной гидроцефалии составило $10,6 \pm 6,2$ баллов, медиана – 9,0 балла. Почти половину (44,6%) от всех исследуемых составили пациенты, набравшие от 1 до 8 баллов, что соответствовало незначительной степени гидроцефалии. Среднее значение выраженности компрессии перимезенцефалических (обводных) цистерн составило $1,4 \pm 1,5$ баллов, медиана данного показателя – 1,0 балл. Наибольший

удельный вес составили пациенты в подгруппах с 0 и 1–2 баллами 38,5% и 40,0% соответственно.

Таблица 1 – Радиологические характеристики пациентов с ВМК в популяции г. Гродно в 2011 г.

Показатель	Количество (%) / другая указанная единица
Объем кровоизлияния, мл ($M \pm \sigma$, $n=80$)	48,4 $\pm$ 53,8
Медиана (ИКР) объема кровоизлияния, мл	29,3 (9,4–60,0)
Объем кровоизлияния, $n=80$ менее 21 мл 21–30 мл 31–50 мл более 50 мл	30 (37,5%) 13 (16,3%) 11 (13,8%) 26 (32,5%)
Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния, баллы ($M \pm \sigma$, $n=65$)	2,5 $\pm$ 2,8
Медиана (ИКР) обширности внутрижелудочкового кровоизлияния, баллы	2,0 (0–5,0)
Обширность внутрижелудочкового кровоизлияния 0 баллов 1–4 баллов 5–8 баллов 9–12 баллов	28 (43,1%) 20 (30,8%) 15 (23,1%) 2 (3,0%)
Степень окклюзионной гидроцефалии, баллы ($M \pm \sigma$, $n=65$)	10,6 $\pm$ 6,2
Медиана (ИКР) степени окклюзионной гидроцефалии, баллы 0 баллов 1–8 баллов 9–16 баллов 17–24 баллов	9,0 (5–15) 2 (3,1%) 29 (44,6%) 19 (29,2%) 15 (23,1%)
Выраженность компрессии обводных цистерн, баллы ($M \pm \sigma$, $n=65$)	1,4 $\pm$ 1,5
Медиана (ИКР) выраженности компрессии обводных цистерн 0 баллов 1–2 баллов 3–4 баллов	1,0 (0–2) 25 (38,5%) 26 (40,0%) 14 (21,5%)
Смещение срединных структур, мм ($M \pm \sigma$, $n=65$)	4,7 $\pm$ 5,5
Медиана (ИКР) смещения срединных структур 0 мм 1–5 мм >5 мм	3,0 (0–6) 24 (36,9%) 20 (30,8%) 21 (32,3%)

Примечание: ИКР – интерквартильный размах количеством баллов

Смещение срединных структур было измерено у 65 пациентов, среднее значение составило $4,7 \pm 5,5$ мм. Анализ данного показателя показал примерно одинаковое количество пациентов в каждой из подгрупп по степени смещения.

Выводы. Впервые на территории РБ была проведена нейровизуализационная характеристика всех случаев ВМК в крупной городской популяции. Данная оценка позволяет более достоверно судить о степени тяжести и прогнозах течения данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Primary intracerebral haemorrhages in the Besançon stroke registry / L. Tatu [et al.] // Eur. Neurology. – 2000. – Vol. 43. – P. 209–214.
2. Woo D., Sauerbeck L.R., Kissela B.M., et al. Genetic and environmental risk factors for intracerebral hemorrhage: preliminary results of a population-based study. – Stroke. – 2002. – Vol. 33. – P. 1190–1196.
3. Kothari R.U., Brott T., Broderick J.P. et al. The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes // Stroke. – 1996. – Vol. 27. – P. 1304–1305.
4. Rusalleda J., Peiro A. Prognostic factors in intraparenchymatous hematoma with ventricular hemorrhage // Neuroradiology. – 1968. – Vol. 28. – P. 34–37.
5. Diringer, M.N., Edwards D.F., Zazulia A.R. Hydrocephalus: A previously unrecognized predictor of poor outcome from supratentorial intracerebral hemorrhage // Stroke. – 1998. – Vol. 29. – P. 1352–1357.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ: ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАТЕГИЙ И ИНСТРУМЕНТОВ

Томащук Т.Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Соматоформные расстройства представляют собой ограниченную группу психических расстройств, характеризующуюся множественными и с медицинской точки зрения необъяснимыми соматическими симптомами. Существующие системы классификаций DSM-IV и МКБ-10 используют почти идентичные диагностические рамки. Соматоформные расстройства часто сопровождаются недееспособностью, приводят к снижению качества жизни пациентов, имеют относительно длительное течение заболевания [4].

Поэтому исследователи из разных стран разработали большое количество инструментов оценки, используемых в исследовательских и/или клинических целях. Данные инструменты основаны на субъективном мнении самих пациентов или на наблюдательных процедурах. Инструменты не однородны, различаются в зависимости от их основной диагностической цели оценки [2].

Цель: методологический анализ измерительных и диагностических особенностей используемых в настоящее время методов оценки клинических проявлений при соматоформных расстройствах.

Основные цели, которые обычно лежат в основе клинических исследований:

1. Диагностическая классификация и идентификация случая.

Простое самоописание и самооценка пациентов недостаточны для принятия диагностического решения о наличии СФР, необходимы оценки экспертов. Для этой цели был разработан ряд подходов с использованием структурированных интервью или контрольных списков, что требует предварительной подготовки диагноста.

2. Скрининг возможных случаев.

Если исследуются более обширные сообщества, полезно использование самооценочных опросников. Они не считаются достаточно точными, но эффективны для идентификации пациентов с высокой вероятностью наличия СФР, которые будут проходить дальнейшее исследование во время последующих интервью с экспертами.

3. Количественная оценка соматоформной симптоматики и опасений в отношении здоровья.

Группы пациентов с одним и тем же диагнозом довольно неоднородны, поэтому требуются дополнительные шкалы, предоставляющие информацию о тяжести синдрома. И этот же мерный подход может использоваться для оценки изменений с течением времени, например, до и после лечения.

4. Оценка дополнительных функций, часто связанных с СФР.

Определение СФР включает только их ключевые особенности. Во многих случаях необходимо учитывать дополнительные эмоциональные, когнитивные, поведенческие и психосоциальные аспекты. Такая информация может быть полезной для клиницистов при планировании лечения.

Инструменты для диагностической классификации

Наиболее часто используемыми диагностическими интервью являются структурированное клиническое интервью для DSM-IV (SCID) и комбинированное международное диагностическое интервью (CIDI) для DSM-IV и МКБ-10. Оба инструмента охватывают все основные психические расстройства и включают отдельный раздел по СФР.

SCID является строгим экспертным рейтинговым инструментом, где интервьюер принимает диагностические решения на основе ответов пациентов и всей другой доступной информации. При использовании CIDI ответы пациентов оцениваются без применения клинического суждения.

Следуя формату CIDI, Janca с соавт. разработали Список соматоформных расстройств (SDS), который охватывает все категории СФР DSM-IV и МКБ-10 и более дифференцирован, чем CIDI, в отношении полученной клинической информации.

В качестве альтернативного подхода Hiller с соавт. разработали Международные диагностические контрольные списки (IDCL), которые существуют в отдельных версиях для DSM-IV и ICD-10. Эти контрольные списки рекомендуются ВОЗ для использования в исследованиях и ежедневных обследованиях пациентов. IDCL очень похож на вышеупомянутые

диагностические интервью, но чтение предварительно сформулированных вопросов и вынужденная пошаговая процедура не нужны. IDCL должны проводиться обученными врачами.

Инструменты для скрининга

Поскольку структурированные и стандартизированные исследования являются длительными и сложными, существует необходимость в более простых процедурах скрининга. Такой скрининг может проводиться либо с помощью опросников, либо с использованием сокращенных списков симптомов, которые проверяются во время исследования.

Опросник «Скрининг для соматоформных расстройств» (SOMS) был разработан Rief с соавт. SOMS перечисляет 53 телесных симптома, присутствующие в течение последних 2 лет. Просят отмечать только те симптомы, для которых врачи не смогли найти ясные органические причины. Опросник также включает в себя пункты, ссылающиеся на дополнительные критерии систем классификации, например: частые визиты к врачу, принятие отрицательных медицинских результатов и др. Кроме того, имеется несколько пунктов, относящихся к определениям ипохондрического и дисморфофобического расстройства. Таким образом, SOMS напоминает вопросную версию диагностических критериев для СФР.

Другой подход к выявлению случаев – это скрининговые индексы. Они состоят из относительно небольшого числа симптомов, используются, когда обычные обследования трудоемки. Если индекс скрининга положительный, диагносту рекомендуется продолжить более тщательное исследование. Примером может служить Скрининг-тест семи симптомов, разработанный Othmer и DeSouza и основанный на 35 симптомах. Наличие трех симптомов из семи отличительных было определено как «скрининг-положительный». Аналогичная процедура была разработана Swartz с соавт., который определил положительный скрининг-диагноз соматизированного расстройства, когда присутствует по крайней мере пять из 11 отобранных симптомов соматизации.

Поскольку большинство индексов были разработаны при исследовании психиатрических пациентов, остается неясным, являются ли они действительными и для пациентов других учреждений здравоохранения. Еще один недостаток заключается в том, что полезность индексов изучалась только для идентификации соматизированных расстройств, а не для всех соматоформных синдромов.

Среди других инструментов ВОЗ для оценки симптомов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи использовался контрольный список симптомов соматоформных нарушений (SDSC). Этот контрольный список содержит все симптомы, характерные для СФР, а также некоторые дополнительные симптомы, характерные для конкретных культур (например, запах тела в Японии). Инструмент охватывает 60 телесных симптомов и некоторые дополнительные критерии. Однако его точность и надежность систематически не изучены.

Инструменты для оценки тяжести синдрома

Такие инструменты могут использоваться для изучения как типа, так и количества телесных жалоб. Результаты могут указывать, являются ли жалобы полисимптомными или ограничены одним типом. Синдром соматизации обычно определяется путем подсчета количества соматических симптомов. Это число можно интерпретировать как общий показатель тяжести нарушения.

Один из таких опросников - это вышеописанный SOMS. С целью измерения тяжести синдрома СФР он существует в двух вариантах: (1) SOMS-2, который относится к периоду времени последних 2 лет и учитывает каждый симптом как присутствующий, так и отсутствующий; и (2) SOMS-7, который обеспечивает оценку тяжести симптомов в пятиточечных шкалах Ликерта только за последние 7 дней. SOMS-2 был разработан для грубого скрининга, SOMS-7 может использоваться для оценки тяжести на уровне отдельных симптомов и динамики состояния пациентов.

Часто используется подшкала соматизации пересмотренного контрольного списка симптомов Хопкинса (SCL-90R), но он дает общий профиль психопатологических измерений, а шкала соматизации состоит из небольшого числа произвольно выбранных симптомов. Barsky с соавт. объединили 26 утверждений из SCL-90R и MMPI для создания опросника «Инвентарь соматических симптомов» (SSI). Шкала «Симптоматический опросник», была разработана Келлнером, который включил 23 соматических утверждения вместе с 69 дополнительными утверждениями на депрессию, тревогу и гнев-враждебность. Остается неясным, следует ли интерпретировать соматические симптомы, как «телесные корреляции» этих жалоб или как независимые от них. Mumford с соавт. представил Соматический инвентарь Брэдфорда (BSI), который в основном использовался в многоэтнических исследованиях. Однако основной задачей BSI было оценить телесные жалобы, которые часто связаны с беспокойством и депрессией. Психометрические свойства BSI неизвестны.

Для оценки ипохондрического расстройства наиболее часто используется индекс Уайтли (WI) и «Шкала отношения к болезни» (IAS). WI был разработан Пиловским, состоит всего из 14 утверждений, которые могут быть использованы для определения трех субшкал «Убежденность в наличии болезни», «Соматическая озабоченность» и «Фобия болезни». IAS был разработан Келлнером, состоит из 29 утверждений, дает две подшкалы: «тревога за состояние здоровья» и «поведение при болезни». Для определения поведения при болезни шкала IAS является узкой.

Классический инструмент для оценки соматических симптомов и связанных со здоровьем характеристик - это Миннесотский многофазный личностный опросник (MMPI-2). MMPI-2 является наиболее часто используемой личностной шкалой по всему миру, но ее связь с существующими концепциями СФР ослабла. Это ограничение не относится к контентной шкале «Проблемы со здоровьем» MMPI-2, которая имеет четкую направленность на соматические жалобы.

Инструменты для оценки связанных с ними особенностей соматоформных нарушений

Барский предположил, что пациенты с соматизацией реагируют с низкой толерантностью к телесному дискомфорту и очень быстро интерпретируют симптомы как свидетельство серьезного заболевания. Это называется «соматосенсорным усилением». Поэтому он разработал 10-пунктовую Соматосенсорную шкалу усиления (SSAS) для измерения этой тенденции.

Когнитивно-поведенческие модели СФР подчеркивают роль неадекватных интерпретаций, связанных с телом, и связанных со здоровьем убеждений. Rief с соавт. разработали опросник на тему «Тело и здоровье» (CABAH). Он состоит из 31 утверждения. Основываясь на результатах факторного анализа, CABAH включает следующие шкалы: (1) катастрофическая интерпретация телесных жалоб; (2) вегетативные ощущения; (3) физическая слабость; (4) нетерпимость к телесным жалобам; (5) привычки в отношении здоровья. Первые четыре шкалы способны различать соматоформных и несоматоформных пациентов.

Связанный с ним инструмент «Задача Сортировки Норм Здоровья» (HNST), был разработан Barsky с соавт., чтобы изучить нормативные убеждения о здоровье и болезни.

Определение причин заболевания для 13 общих соматических симптомов может быть рассмотрено с помощью Опросника-интерпретатора симптомов (SIQ). Однако атрибутивный стиль зависит от общесоматического и психиатрического анамнеза.

Rief с соавт. также описали другую «Шкалу оценки поведения при болезни» (SAIB). SAIB включает 26 пунктов, которые составляют пять измерений: (1) проверка диагнозов; (2) выражение симптомов; (3) лекарства; (4) последствия болезни; и (5) сканирование.

«Опросник по поведению при болезни» (IBQ) включает в себя 14 утверждений индекса Уайтли плюс 48 утверждений, относящихся к проблемам во время болезни. IBQ слабо связан с современными формулировками СФР, и были высказаны опасения относительно его достоверности.

Wedekind с соавт. разработали методику для оценки соматоформных расстройств QUISS (Инвентарь количественной оценки соматоформных синдромов). Шкала включает общие соматические жалобы в соответствии с DSM-IV и МКБ-10, а также оценку когнитивной, перцептивной и поведенческой сфер. QUISS доступен в версии для пациентов и клиницистов. Авторы считают, что данную методику можно использовать и для оценки изменений в ходе лечения.

Множественные клинические признаки, связанные с соматоформными нарушениями

Noyes с соавт. попытались измерить несколько особенностей, связанных с соматизацией, только в одном опроснике. Они построили 27-позиционное обследование состояния здоровья со следующей структурой: (1) неудовлетворенность лечением; (2) фрустрация плохим здоровьем; (3) частое использование лечения; (4) чрезмерное беспокойство в отношении здоровья; (5)

психологическое расстройство; и (6) диссонансные сообщения о нарушениях. Психометрические свойства опросника не сообщаются.

С тех пор, как СФР были введены в качестве отдельной диагностической концепции, было разработано значительное количество диагностических методов и инструментов. Однако редко методики проходят полный процесс психометрической проверки. Кроме этого, практически все они созданы на основе классической теории тестов [1]. Альтернативой классической теории является современная теория тестов. Информация, получаемая с помощью таких вычислений более объективна [3].

Выводы: Для научных и практических целей представляется целесообразным разработка и клиническая адаптация новых, основанных на современной теории тестов методов оценки клинических проявлений при соматоформных расстройствах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батурин, Н.А. Технология разработки тестов: часть I / Н.А. Батурин, Н.Н. Мельникова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2009. – Вып. 6. – С. 4–14.
2. Hiller W, Janca A (2003) Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica* 15:167–179
3. Р. Майкл Фер, Верн Р. Бакарарк Психометрика: Введение / пер. с англ. А.С. Наumenko, А.Ю. Попова; под ред. Н.А. Батурина, Е.В. Эйдмана.- Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2010.- с. 374-375
4. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med* 2001;63:595–602.

ОБРАЗ ПАЦИЕНТА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Филипович В.И., Шолохова В.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Ситуация межличностного взаимодействия в диаде «врач-пациент» включает когнитивные, поведенческие и эмоциональные компоненты. Каждый участник данного взаимодействия осуществляет сложные коммуникативные, социально-перцептивные рефлексивные действия, опосредованные уровнем личностного развития. Интеллектуальные процессы позволяют сформировать адекватное знание об индивидуальных параметрах человека, о симптоматике заболевания, определить маркеры типического в личности пациента и его поведении и, в итоге, определить схему лечения для данного конкретного пациента. Эмоциональный интеллект позволяет сформировать целостный образ личности конкретного пациента, понять его переживания, ведущие потребности, мотивы в жизни и в ситуации взаимодействия с врачом.

В современных условиях жизни социума наблюдается рост информированности людей в области медицинских знаний, изменяется

отношение к социально-ролевым функциям профессии медика. Врачу становится эмоционально сложнее установить продуктивное терапевтическое взаимодействие с пациентом. Актуально изучить соотношение эмоционального интеллекта будущего врача с характеристиками образа пациента, который он конструирует, и от которого в последующем зависит возможность эмпатийного, необходимого с терапевтической точки зрения, постижения пациента.

Образ пациента, репрезентируемый самими пациентами, позволит получить специализированную обратную связь, необходимую для организации эффективного взаимодействия с пациентом.

Цель исследования: сравнить характеристики образа пациента у студентов - медиков и «не медиков» с разным уровнем эмоционального интеллекта.

Методы исследования: контент-анализ свободных характеристик, структурированный опрос.

Методики исследования: личностный опросник для выявления уровня эмоционального интеллекта «Тест эмоционального интеллекта Люсина» [1], сочинение - описание «Как я представляю современного пациента?».

Выборка исследования: 12 студентов - медиков 4 курса ГрГМУ, 12 студентов 4 курса филологического, исторического, математического факультетов различных ВУЗов.

В выбранной нами модели эмоциональный интеллект объединяет межличностный эмоциональный интеллект как понимание эмоций другого человека, и внутриличностный эмоциональный интеллект как понимание и управление своими собственными эмоциями [2].

Результаты. Группа «студенты - медики». Значения эмоционального интеллекта распределились от 55 до 107 баллов. Среднее значение $x(\text{cp})=90$. Уровни эмоционального интеллекта выделялись с помощью среднего квадратического отклонения $\sigma=13$. Результаты распределились следующим образом. Высокий уровень эмоционального интеллекта выявлен у 1 студента, низкий у 3, средний у 8 студентов. Характеристики образа пациента, выявленные с помощью контент-анализа сочинений (в порядке убывания частоты репрезентации): эмоциональные состояния, переживания пациента; внешне наблюдаемые характеристики, описания симптоматических признаков заболевания; характеристики личности пациента в целом и в ситуации взаимодействия с врачом; характеристики поведения пациента в связи с его переживаниями; потребности пациента; отношение пациента к процессу лечения; отношение врача к пациенту; отношение пациента к врачу; отношение пациента к болезни и здоровью.

Сравнивались характеристики образа пациента между подгруппой студентов-медиков с низким уровнем эмоционального интеллекта, подгруппой со средним уровнем эмоционального интеллекта, и подгруппой с эмоциональным интеллектом выше среднего и высоким уровнем. Пациент в первой подгруппе репрезентируется как негативный, закрытый: эмоционально подавленный, покинутый, одинокий, не доверяет врачу, считает врача

некомпетентным, не сотрудничает с врачом, несамостоятельный. Образ пациента в подгруппе со средним уровнем эмоционального интеллекта детализирован в отношении характеристик внешности и внешних признаков симптомов болезни, описанных в медицинских терминах: «избыточная масса тела, цианотический цвет лица». Эмоционально пациент представляется апатичным, грустным, во всем надеется на врача. Приводятся подробные описания действий врача по отношению к пациенту: «врач успокаивает, назначает лечение». Пациент в третьей подгруппе представлен, скорее, как осознанный потребитель медицинских услуг, рассматривается исключительно в ситуации взаимодействия с врачом: терпеливый, спокойный, ответственный, осознает компетентность врача, обращается за недорогой, но качественной медицинской услугой. Приводятся также характеристики пациента и болезни, выявляемые с помощью применения профессиональных медицинских знаний: «бледная кожа», «вынужденное положение тела», «опухшие веки», «общая болезненность».

С ростом эмоционального интеллекта у студентов - медиков в образе пациента снижается частота характеристик эмоциональной замкнутости. В репрезентациях пациент из изолированного объектного состояния переходит к взаимодействию с врачом, а в подгруппе с высоким уровнем эмоционального интеллекта даже инициирует это взаимодействие. В репрезентируемом образе пациента в ситуации взаимодействия с врачом косвенно представлен и образ врача, то есть себя в профессии. Будущий врач с высоким и средним уровнем эмоционального интеллекта детально описывает свои действия, направленные на пациента, актуализирует приобретенные знания в воображаемом взаимодействии с пациентом, а значит, видит себя как активного субъекта взаимодействия с пациентом.

Группа «студенты - «не медики». Значения эмоционального интеллекта распределились от 61 до 131 баллов. Среднее значение $x(\text{cp})=88$. Уровни эмоционального интеллекта выделялись с помощью среднего квадратического отклонения $\sigma=17$. Результаты распределились следующим образом. Высокий уровень эмоционального интеллекта выявлен у 1 студента, низкий у 2, средний у 9 студентов.

Характеристики образа пациента у студентов - «не медиков», выявленные с помощью контент-анализа сочинений (в порядке убывания частоты репрезентации): характеристики личности пациента, характеристики эмоциональных состояний, внешне наблюдаемые характеристики, характеристики поведения пациента, связанные с его переживаниями и эмоциями, негативная характеристика личности пациента в целом – «плохой», отношение пациента к здоровью и болезни, к врачу, характеристики, отражающие потребности и намерения пациента.

Сравнивались характеристики образа пациента между подгруппой студентов - «не медиков» с низким уровнем эмоционального интеллекта, подгруппой со средним уровнем и подгруппой с эмоциональным интеллектом выше среднего значения и высоким уровнем. Пациент в первой подгруппе репрезентируется, скорее, негативно: эгоистичен, лжив, считает себя

особенным, агрессивный в отношении личности врача, «старается найти способ унизить врача». В описаниях пациента студентами – «не медиками» со средним уровнем эмоционального интеллекта доминируют неприятные симптомы болезни-простуды, чувство покинутости у пациента и намерение поскорее вылечиться, вернуться в обычное состояние. В подгруппе с уровнем выше среднего увеличивается общее количество приведенных характеристик, студенты стараются дать целостное и реалистичное описание пациента в ситуации взаимодействия с врачом. Внешние характеристики детальны, пациент позитивен, умеет контролировать эмоции, старается взаимодействовать с врачом, при этом имеет свое мнение относительно лечения, считает свое состояние не серьезным и хочет как можно быстрее вернуться в привычное состояние.

Студенты - «не медики», как можно предположить, проецируют на образ пациента свой опыт быть пациентом, об этом свидетельствует наличие эмоционально-потребностной характеристики «быстрее вернуться в привычное состояние» из состояния болезни. С ростом уровня эмоционального интеллекта у студентов – «не медиков» характеризуемый пациент представлен все более понимающим и ориентированным на излечение в сотрудничестве с врачом.

Выводы. Основное отличие образа пациента у студентов - медиков: описание пациента в ситуации взаимодействия с врачом с акцентом на роли врача. В образе пациента представлены в большей степени характеристики, раскрывающие отношение пациента к врачу, а не к болезни. Доминируют описания с использованием специальных медицинских терминов. Студент - медик идентифицирован со своей будущей профессиональной ролью. Студенты - «не медики» проецируют свой опыт быть пациентом, доминируют характеристики, раскрывающие отношение к ситуации утраты привычного состояния здоровья, к болезни, отношение к личности врача. Ситуация взаимодействия «врач-пациент» репрезентируется только с ростом эмоционального интеллекта, ролевая позиция пациента акцентирована. С ростом эмоционального интеллекта студенты обеих групп видят пациента как все более собранного, ответственного и сотрудничающего. Более высокий эмоциональный интеллект у будущего врача позволит ему понимать пациента как человека, способного к сотрудничеству, значит, позволит выстраивать стратегии сотрудничества, а не защиты в отношениях с пациентом. Сотрудничающий врач «справится» с пациентом, имеющим любую точку зрения и уровень эмоционального интеллекта. В то время как врач с низким уровнем эмоционального интеллекта адекватен в понимании пациента только с низким уровнем эмоционального интеллекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Люсин, Д.В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн / Д.В. Люсин // Психологическая диагностика. – 2006. – № 3. – С. 3–22.
2. Люсин, Д.В. Опросник на эмоциональный интеллект ЭмИн: новые психометрические данные / Д.В. Люсин // Социальный и эмоциональный

интеллект: от моделей к измерениям / Д.В. Люсин [и др.] ; под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. – М.: Институт психологии РАН, 2009. – С. 264 – 278.

АНАЛИЗ КОНСТРУКТНОЙ ВАЛИДНОСТИ И НАДЁЖНОСТИ ШКАЛЫ ТРЕВОЖНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность: симптомы тревоги являются одной из ведущих жалоб в клинике неврозов и характеризуются широким спектром проявлений: беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении, суетливость, головные боли напряжения, невозможность расслабиться, потливость, тахикардия, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту.

Дименсиональный подход на сегодняшний день является актуальной тенденцией развития психодиагностики, предполагает объективную количественную оценку исследуемого конструкта. Опросник невротических и неврозоподобных расстройств (ОНР) был изначально создан на основе классической теории тестов, основной недостаток которой - это зависимость результатов тестирования от нормативной выборки испытуемых. Психометрические свойства шкал методики (трудность пунктов, конструктивная валидность, показатели надёжности и сепарационной статистики) никогда ранее не анализировались и не проверялись на популяции Республики Беларусь [1, 2].

Модель Раша, являющаяся разновидностью современной теории тестов, значительное внимание уделяет параметрам отдельных диагностических пунктов, а не теста в целом, а также позволяет создавать и стандартизировать уже имеющиеся психодиагностические методики на выборке небольшого объёма и получать значения, не зависящие от выборки. Это обусловлено тем, что модель Раша - вероятностная модель, которая представляет собой набор математических методов построения измерительных шкал для оценки латентных конструктов [3].

Цель исследования: анализ конструктивной валидности и надёжности шкалы тревожных переживаний нового многомерного опросника, создаваемого на основе опросника невротических и неврозоподобных расстройств.

Материалы и методы исследования: 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 286 пациентов. Состав группы по полу: мужчины – 129, женщины – 157. Средний возраст испытуемых $36,4 \pm 9,6$. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, находились на стационарном лечении в психоневрологическом отделении.

В процессе обследования каждый испытуемый отвечал на 300 утверждений опросника. Использовался дихотомический вариант заданий: ответ «да» кодировался 1, ответ «нет» - 0. Ответы всех испытуемых на все задания методики были внесены в общую матрицу данных, которая изначально рассматривалась как единая шкала. Данная матрица с помощью модели Раша была преобразована в матрицу вероятностей, на основании которой был произведён расчёт конструктивной валидности путём вычисления индексов качества для каждого пункта шкалы.

Трудность задания расценивается как доля неключевых ответов от ответов всех испытуемых на конкретное задание. В модели Раша трудность утверждений шкалы трансформируется в логиты, что позволяет отображать данный параметр на равноинтервальной шкале. Следует отметить, что для большинства дихотомических заданий трудность варьирует в диапазоне -2 – $+2$ логита. Задания с трудностью менее -2 логитов оцениваются как чрезмерно лёгкие, а задания с трудностью более $+2$ логитов – как чрезмерно сложные [4].

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». Показатель может принимать значения от 0 до 1; значения, меньше 0,5, характеризуют надёжность методики как неприемлемую, 0,5-0,6 – плохую, 0,6-0,7 – приемлемую, 0,7-0,9 – хорошую, больше 0,9 – очень хорошую.

Индекс «числа слоёв» представляет собой количество уровней выраженности свойства, которое способен выявить диагностический инструмент в исследуемой выборке, что имеет непосредственное отношение к дифференциально-диагностическим свойствам методики [5].

Результаты и их обсуждение: в результате применённого нами в процессе исследования статистического метода работы, модели Раша, был произведён расчёт трудности пунктов для каждого утверждения шкалы, полученной в результате последней итерации, оценена конструктивная валидность утверждений, рассчитаны показатели надёжности и сепарационной статистики.

Анализ полученных данных показывает, что трудность утверждений находится 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.

Далее была произведена оценка конструктивной валидности пунктов на

основе значений их индексов качества (**UMS** - unweightet mean squared и **WMS** - weightet mean squared). Для клинических опросников диапазон приемлемых значений индексов качества составляет 0,7–1,3. Утверждения, индексы качества которых выходят за пределы нормативного диапазона, могут быть слишком трудными, плохо сформулированными, или оценивать другой конструкт. Такие утверждения представляют собой угрозу конструктивной валидности шкалы и должны быть исключены.

Оценка конструктивной валидности утверждений проводилась в несколько повторяющихся циклов моделирования (итераций). Итерации повторялись до тех пор, пока значения индексов качества утверждений не попали в нужный диапазон (0,7 – 1,3). 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.

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. Из таблицы 1 видно, что 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. Высокий уровень данного критерия свидетельствует о популяционной независимости вычисленных мер выраженности тревожных переживаний, а шкалу характеризует как популяционно-независимую. 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, что является показателем высоких дискриминативных свойств полученной шкалы.

Таблица 1. Показатели надёжности и сепарационной статистики шкалы тревожных переживаний ОНР

Статистические показатели	1 итерация	43 итерация
Надёжность	0,95	0,91
Сепарационный индекс	4,57	3,26
Индекс числа слоёв	6,42	4,43

Выводы:

1. Применение модели Раша дало возможность разработать шкалу тревожных переживаний нового многомерного клинического 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, 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. Бакарарк; пер. с англ. А. С. Науменко, А. Ю. Попова; под ред. Н. А. Батурина, Е. В. Эйдмана. – Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2010. – 445 с.
 3. Baghaei, P. The Rasch Model as a Construct Validation Tool / P. Baghaei // Rasch Measurement Transactions. – 2008. – Vol. 22. – P.1145-1146.
 4. Boone, W. J. Rasch Analysis in the Human Sciences / W. J. Boone, J. R. Staver, M. S. Yale – New York, London: Springer, 2014. – 482 p.
- Wright, B. D. Reliability and separation / B. D. Wright // Rasch Measurement Transactions. – 1996. – Vol. 9 (4). – P. 472.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКАЛЫ СОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОПРОСНИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Требования современной психометрики предполагают создание психодиагностических инструментов с доказанными психометрическими свойствами, такими как параметры трудностей пунктов, конструктивной валидности, надёжности и сепарационной статистики [1]. Опросник невротических расстройств (ОНР), созданный изначально на основе классической теории тестов, имеет множество недостатков, ограничивающих

его применение в клинике и снижающих достоверность полученных результатов.

Оценка соматических жалоб в клинике неврозов важна с точки зрения дифференциальной диагностики. Часто именно соматические симптомы изначально привлекают внимание пациентов и являются поводом для обращения к специалистам различного профиля. Для невротических расстройств не характерны структурные изменения в органах или системах организма, но происходит нарушение их функций, нормальное протекание которых зависит от функционирования нервной системы и осуществляется под постоянным ее контролем.

Цель исследования. Проанализировать психометрические свойства шкалы соматических симптомов опросника невротических расстройств на основе метрической системы Раша.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе психоневрологического отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №3 г. Гродно». В исследовании принимали участие пациенты с верифицированными диагнозами ($n=220$) из рубрик невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40, F41, F43, F45), рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод умеренной степени тяжести (F32, F33) и здоровые испытуемые ($n=76$).

Группа исследования включала 296 человек. Состав группы по полу: мужчины – 129, женщины – 167. Средний возраст испытуемых $36,4 \pm 9,6$.

Построение шкал по метрической системе Раша предполагает максимально широкий диапазон распределения мер выраженности исследуемого конструкта в репрезентативной выборке [3]. В случае настоящего исследования, данное условие соблюдено за счёт включения в исследование пациентов, для которых характерны разнородные соматические жалобы и здоровых испытуемых, у которых данных жалоб вообще не должно быть или они минимально выражены. При этом вся эта разнородная выборка рассматривается как однородная группа.

Изначально была составлена общая матрица данных, в которую были внесены ответы всех испытуемых на все утверждения методики. Данная матрица, включающая все 300 пунктов опросника, изначально рассматривалась как единая шкала, на основе которой в дальнейшем будут смоделированы специальные шкалы новой методики.

Далее, с помощью метрической системы Раша общая матрица была преобразована в матрицу вероятностей, на основании которой был произведён расчёт трудностей пунктов, а также конструктной валидности путём вычисления индексов качества UMS и WMS для каждого утверждения опросника. Было проведено несколько циклов моделирования шкалы, после каждого из которых анализировались полученные значения индексов качества и исключались пункты, имеющие неадекватную конструктивную валидность (UMS и WMS принимали значения вне интервала 0,7-1,3). Данные итерации повторялись до тех пор, пока значения индексов качества всех оставшихся пунктов не вошли в требуемый диапазон. Последней была итерация, в

результате проведения которой все утверждения шкалы имели приемлемую конструктивную валидность.

Модель Раша позволяет оценить надёжность диагностической методики на основе показателя надёжности и индекса «числа слоёв». Индекс «числа слоёв» представляет собой количество уровней выраженности исследуемого конструкта, которое способна выявить шкала [2].

На основании матрицы вероятностей также произведён факторный анализ остатков, позволяющий определить одномерность или неоднородность полученной шкалы.

Результаты. На данном этапе работы был произведён расчёт трудности пунктов, оценена конструктивная и содержательная валидность утверждений шкалы соматических симптомов, надёжность шкалы оценивалась с помощью показателей надёжности и сепарационной статистики.

На основе метрической системы Раша была оценена конструктивная валидность утверждений путём расчёта индексов качества UMS и WMS. При моделировании данной шкалы значения индексов качества всех оставшихся утверждений попали в диапазон приемлемых значений на 28 итерационном цикле.

Например, на 25-ой итерации из общего пула утверждений были удалены 8 пунктов (№35, №104, №178, №179, №194, №202, №238, №263), так как их индексы UMS или WMS имели чрезмерно высокие значения ($> 1,3$). На 26-ой итерации уже было удалено только 3 пункта (№54, №156, №219), а на 27-ой – 1 пункт (№191), со значениями индекса UMS, превышающими нормативный для диагностических методик диапазон. Это свидетельствует о их несоответствии диагностической направленности шкалы, т.е. элиминированные пункты с высокой степенью вероятности характеризуют другой конструкт или общие проявления нескольких конструктов. Следовательно, они нарушают конструктивную валидность шкалы и подлежат удалению. После их исключения и проведения очередной итерации значения индексов качества всех оставшихся пунктов шкалы оказались в пределах приемлемого диапазона. Итак, конечный вариант шкалы соматических симптомов был сформирован 30-ю утверждениями, каждое из которых характеризуется удовлетворительными показателями конструктивной валидности.

Содержательный анализ оставшихся пунктов показал, что все пункты описывали разнородные соматические жалобы. В качестве примеров можно привести следующие утверждения: «мое самочувствие в данное время таково, что я уже не могу вести нормальную жизнь» (№ 63), «у меня болит сердце» (№ 65), «иногда я ощущаю давление под ложечкой, даже если я ничего не ел» (№ 76), «у меня часто бывает дрожание век и подергивание мышц лица» (№ 105), «я страдаю запорами» (№ 153), «у меня болят конечности, даже если я не очень напрягался» (№ 160), «боюсь, что я болен неизлечимой болезнью» (№ 232).

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 соматических симптомов».

С помощью метрической системы Раша были вычислены меры трудностей для каждого утверждения новой шкалы. Анализ полученных данных показывает, что трудности утверждений сформированной шкалы вышли далеко за пределы оптимального диапазона (от -2 до +2 логита) и имеют как предельно низкие значения (-3,01 логита-пункт №73), что свидетельствует о чрезмерной лёгкости пункта, так и предельно высокие (+5,08 логита-пункт №210), что характеризует данный пункт как чрезмерно трудный. Для «лёгких» пунктов шкалы вероятность ключевых ответов наиболее высока у испытуемых с минимально выраженной интенсивностью соматических жалоб, для «трудных» пунктов, наоборот, ключевой ответ возможен только для тех, у кого соматические симптомы значительно выражены. Присутствие в структуре шкалы «полюсных» утверждений позволит ей с большей точностью диагностировать и всесторонне оценивать различные уровни выраженности исследуемого конструкта.

Факторный анализ нормализованных остатков от разницы между наблюдаемыми и ожидаемыми оценками ответов на утверждения методики показал одномерность моделируемой шкалы, т.е. шкала оценивает только один конструкт, в данном случае уровень выраженности соматических жалоб.

Отдельно для каждой итерации рассчитывались показатели надежности и дифференцирующей способности. Надёжность в модели Раша оценивается с помощью Индекса надёжности. Изначально после проведения 1-ой итерации Индекс надёжности был равен 0,92. В результате последующих 27 итерационных циклов и уменьшения количества утверждений он незначительно уменьшился (0,86), однако этот показатель также характеризует надёжность шкалы как хорошую (диапазон 0,7 – 0,9).

Дифференцирующая способность методики оценивается показателем «количество слоёв». В нашем исследовании после проведения 1-ой итерации этот показатель составил 5,1, в окончательном варианте шкалы после проведённых циклов моделирования – 3,8. Т.е. методика может дифференцировать четыре уровня выраженности соматических жалоб, что является показателем хороших дискриминативных свойств шкалы и расширяет её прикладное значение.

Последним этапом психометрического анализа было построение карты, отражающей соотношение мер трудности ответных категорий пунктов шкалы и мер выраженности соматических жалоб в группе испытуемых.

Учитывая тот факт, что в используемой нами метрической системе Раша меры трудности и меры конструкта оцениваются в одних и тех же единицах измерения (логитах), имеется возможность представить полученные данные на одной равноинтервальной шкале. Границы диапазона распределения мер выраженности соматических жалоб у испытуемых шире, чем границы диапазона распределения трудностей ответных категорий пунктов шкалы, а основная масса трудностей ответных категорий пунктов сосредоточена в диапазоне умеренной степени трудности (диапазон от -1 до 2 логитов). Подавляющее большинство мер выраженности соматических жалоб у испытуемых на карте сосредоточено в диапазоне от -2,7 до 3 логитов. В

результате проведённого анализа данных можно сделать вывод, что диапазон распределения мер трудностей ответных категорий утверждений в большинстве своём охватывает умеренную степень выраженности исследуемого конструкта, т.е. шкала преимущественно способна диагностировать симптомы средней степени выраженности. Однако присутствие «полюсных» утверждений делает возможным применение шкалы для диагностики исследуемого конструкта в более широком диапазоне выраженности. Следовательно, шкала имеет относительно сбалансированную метрическую структуру, характеризующуюся адекватным соответствием распределения оцениваемых уровней соматических жалоб и диагностических трудностей ответных категорий пунктов шкалы.

Выводы.

1. На основе метрической системы Раша была разработана новая шкала опросника невротических расстройств, оценка содержательной валидности утверждений которой позволила выделить её как «шкалу соматических симптомов».

2. Пункты полученной шкалы обладают адекватной конструктивной валидностью, т.к. значения их индексов качества UMS и WMS находятся в приемлемом диапазоне (0,7-1,3).

3. Утверждения внутри шкалы соматических симптомов сбалансированы по степени трудности и находятся в широком диапазоне, что позволит шкале диагностировать различные уровни выраженности исследуемого конструкта.

4. Шкала является одномерной, имеет относительно сбалансированную метрическую структуру, обладает достаточной диагностической мощностью.

5. Для шкалы характерен хороший уровень надёжности (0,86).

6. Шкала способна дифференцировать 4 уровня выраженности соматических жалоб, что является показателем высоких дифференциально - диагностических свойств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М. А. Клиническая психодиагностика : учеб. пособие / М. А. Ассанович. – Минск : Беларусь, 2012. – 343 с.
2. Ассанович, М. А. Статистическое обоснование критериев оценки выраженности измеряемого конструкта в клинической психодиагностике / М. А. Ассанович // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. – № 2 (16). – С. 9-18.
3. 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 : Издат. центр ЮУрГУ, 2010. – 445 с.

ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Швед Ж. З., Авдитовский В. В., Гирдюк В. П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Постарение населения — одна из наиболее актуальных медико-демографических проблем в мире. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) к 2025 году каждый десятый человек в мире будет в возрасте старше 66 лет. Пожилое население планеты достигнет 800 млн. человек (в 1998 г. — 390 млн. человек). Актуальным является более активное использование остаточной трудоспособности пенсионеров, создание возможностей для повышения занятости инвалидов. По данным ВОЗ, депрессия является ведущей причиной недееспособности в мире, особенно у лиц пожилого возраста. Согласно статистике, в РБ за 2016 год распространённость депрессивного расстройства среди лиц старше трудоспособного возраста составила 12 случаев на 10 тыс. населения. 23% всех случаев депрессии приходится на пожилой возраст.

Цель. Изучить качество жизни, уровень психического благополучия и физической активности лиц пожилого возраста в Гродно.

Методы исследования. Протестировано 66 человек пожилого возраста, пенсионеров, имеющих различные хронические компенсированные заболевания. При этом у 26 опрошенных (группа Б) основным заболеванием является хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), у остальных 40 человек (группа А) ХОБЛ отсутствует. Были использованы опросники: оценка качества жизни "SF-36 Health Status Survey", разработанный Бостонским институтом здоровья, шкала депрессии Бека (BDI) и определение индекса активности (индекс DASI). Опросник SF-36 сгруппирован в восемь шкал, показатели каждой из которых варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Опросник Бека состоит из 21 группы утверждений, образующих когнитивно-аффективную субшкалу и субшкалу соматических проявлений депрессии. Индекс DASI определяется на основании 12 вопросов с максимальной оценкой в 58,2 балла. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ «ExcelMicrosoft», «Statistica 10.0». Для количественных признаков были рассчитаны среднее арифметическое значение (M) и стандартное отклонение (SD). При оценке достоверности различий в сравниваемых группах при нормальном распределении использовали параметрический критерий Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст опрошенных $67,5 \pm 5,9$ лет. Опрошенные — 63,2% женщины, 36,8% мужчины. По опроснику "SF-36" уровень физического функционирования в группе А составил $77,0 \pm 17,2$ баллов, в группе Б — $41,35 \pm 28,5$ ($p < 0,0001$). Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, в группе А — $52,57 \pm 45,2$ балла, в группе Б — $17,3 \pm 31,4$ ($p < 0,001$). Интенсивность боли в группе А — $68,85 \pm 20,6$ баллов, в группе Б — $45,85 \pm 17,9$ ($p < 0,0001$). Общее состояние здоровья в группе А — $56,75 \pm 14,1$

баллов, в группе Б – $39,8 \pm 17,7$ ($p < 0,001$). Жизненная активность в группе А – $66,38 \pm 16,6$ баллов, в группе Б – $43,65 \pm 21,6$ ($p < 0,0001$). Социальное функционирование в группе А – $45,48 \pm 12,9$ баллов, в группе Б – $44,42 \pm 16,6$ ($p = 0,77$). Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием в группе А – $62,63 \pm 44,0$ балла, в группе Б – $46,35 \pm 41,1$ ($p = 0,13$). Психическое здоровье в группе А – $71,45 \pm 16,9$ балл, в группе Б – $56,88 \pm 19,9$ ($p < 0,01$).

Таким образом, достоверные отличия между группами установлены по шести шкалам, за исключением шкалы социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Суммарная оценка уровня физического благополучия в группе А – 63,79 балла, в группе Б – 36,01 (ниже на 43,5%), психического благополучия в группе А – 61,49 баллов, в группе Б – 47,83 (ниже на 22,2%). Общий уровень качества жизни составил 62,64 баллов в А группе и 41,95 баллов в Б группе (ниже на 33,0%). В целом по всей выборке физическое здоровье составило 49,93 балла, психическое здоровье – 54,66 балла, общий уровень качества жизни – 52,29 баллов.

По опроснику Бека в группе А отсутствуют признаки депрессии у 67,5% опрошенных, у 15% имеются признаки легкой депрессии, у 10% явные признаки умеренной депрессии, у 7,5% группы имеется выраженная депрессия. В группе Б у 45,4% имеются признаки легкой депрессии, у 21,2% явные признаки умеренной депрессии, у 17,7% группы имеется выраженная депрессия, у 15,7% тяжёлая депрессия.

Средний индекс активности DASI в группе А составил 38,9 баллов (66,8% от максимального значения), в группе Б – 17,78 баллов (30,5% от максимального значения), что на 62% меньше, чем в группе А.

Выводы. 1. Общий уровень качества жизни и психического благополучия у опрошенной группы пожилых людей по всей выборке чуть выше среднего, уровень физического здоровья средний, удовлетворительный.

2. В группе пожилых людей с ХОБЛ уровень физического благополучия ниже на 43,5%, уровень психического благополучия ниже на 22,2%, общий уровень качества жизни ниже на 33,0%.

3. У всех пожилых людей, имеющих ХОБЛ, выявлена депрессия различной степени.

4. В группе пациентов с ХОБЛ все показатели, кроме психического здоровья, ниже среднего, особенно составляющие физического здоровья. В группе пациентов, не имеющих ХОБЛ, все показатели, за исключением шкалы социального функционирования, выше среднего.

5. По шкалам социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, достоверных отличий между группами А и Б не наблюдается.

6. ХОБЛ является заболеванием, существенно ухудшающим качество жизни пациентов.

7. Индекс активности DASI у опрошенной группы людей в целом составил 48,7% от максимального, при этом у лиц, страдающих ХОБЛ, он гораздо ниже среднего.

8. Общий удовлетворительный уровень психического и физического благополучия опрошенной группы пожилых людей позволяет говорить о возможности хорошей социальной и трудовой адаптации их в обществе.

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Ярош А.С., Кондричина Д.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Гемодиализ является методом адекватного замещения функции почек. Активное внедрение данного метода существенно увеличило продолжительность жизни и повлияло на ее качество. Образ жизни диализных пациентов значительно отличается от общепринятого, что выражается в зависимости от процедуры, приеме большого количества медикаментозных препаратов, строго регламентированной диете и контроле количества потребляемой жидкости. Данный факт не может не влиять на психоэмоциональное состояние этой категории пациентов. По данным ряда авторов у пациентов находящихся на гемодиализе существенно страдает качество жизни и повышается выраженность тревожно-депрессивных проявлений [1]. В связи с чем становится очевидной важность психологической реабилитации пациентов, находящихся на гемодиализе.

Цель. Оценка выраженности тревожно-депрессивных проявлений у пациентов на гемодиализе в зависимости от срока лечения.

Материал и методы исследования. Было обследовано 36 пациентов проходящих заместительную почечную терапию на базе отделения гемодиализа с экстракорпоральными методами детоксикации УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Пациенты были разделены на две группы сравнения, сопоставимые по полу и возрасту:

- группа А – 18 пациентов, находящихся на гемодиализе до 2-х лет;
- группа Б – 18 пациентов, находящихся на гемодиализе от 2-х до 11 лет.

Для оценки психоэмоционального состояния использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), представляющая собой простой опросник из 14 утверждений и двух подшкал тревоги (А – Anxiety) и депрессии (D - Depression). При этом под термином «Депрессия», используемом в опроснике, мы подразумеваем депрессивную реакцию, т.к. по МКБ 10 для выставления диагноза депрессии необходимо наличие ряда критериев [2].

При интерпретации учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (А и D):

- 0-7 баллов – норма;

- 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога и депрессия.

Шкала предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки, не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента, что позволяет использовать её в общей медицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов.

Статистический анализ полученных данных проводился традиционными методами вариационной статистики при помощи лицензионного пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Нормальность распределения оценивалась с использованием критерия Шапиро-Уилка, после чего принималось решение о применении параметрических либо непараметрических методов статистической обработки данных.

Уровень достоверности при сравнении двух независимых групп с ненормальным распределением значений количественных признаков оценивали с применением непараметрического метода – критерия Манна-Уитни.

Различия между двумя выборками парных измерений считались достоверными при $p < 0,05$ [3].

Результаты.

Показатели уровня тревоги и депрессивной реакции представлены в таблице 1.

Таблица 1. – показатели общего уровня тревоги и депрессивной реакции у пациентов на гемодиализе (в баллах).

Группы	Уровень	Тревога		Депрессивная реакция	
		Структура	Общий уровень	Структура	Общий уровень
Группа А	Клинический	5,9%	5,0 (1,0; 7,0)	17,6%	7,0 (1,0; 8,0)
	Субклинический	17,6%		23,5%	
	Норма	76,5%		58,8%	
Группа Б	Клинический	10,0%	4,5 (2,5; 6,0)	15,0%	6,5 (4,5; 10,0)
	Субклинический	5,0%		30,0%	
	Норма	85,0%		55,0%	

У пациентов, находящихся на гемодиализе, выявлено ухудшение психоэмоционального состояния, проявляющееся в большей степени в повышении уровня депрессивной реакции.

Проведенный статистический анализ не выявил отличия общего уровня тревоги и депрессивной реакции в зависимости от срока гемодиализа ($p > 0,05$). Несмотря на это выявлена тенденция к некоторому снижению уровней, как

тревоги, так и депрессивной реакции у пациентов находящихся на гемодиализе более 2-х лет.

Так же нами оценивалась структура выраженности проявлений тревоги и депрессивной реакции в зависимости от срока гемодиализа. У пациентов группы Б суммарный субклинический и клинический уровень был ниже соответствующего показателя группы А в 1,5 раза. Существенного перераспределения структуры выраженности депрессивной реакции в зависимости от срока гемодиализа выявлено не было.

У пациентов со сроком диализа больше 2-х лет выявлено отличие уровня депрессивной реакции в зависимости от пола. У лиц женского пола данный показатель был статистически значимо выше ($p < 0,05$);

Вывод: У пациентов, находящихся на гемодиализе, отмечается ухудшение психоэмоционального состояния, проявляющееся в большей степени в повышении уровня депрессивной реакции. Отсутствие статистически значимого отличия уровней тревоги и депрессивной реакции в зависимости от срока диализа в сопоставимых группах свидетельствует о высоком качестве психотерапевтической помощи данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крылова, М.И. Выживаемость и качество жизни больных при заместительной почечной терапии / М.И. Крылова, Е.В. Шутов, В.М. Ермоленко // Вестник Якутского государственного университета. – 2010. – №2. – С.63-70.
2. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. и др. Депрессия в неврологической практике. М., 1998. Карманное руководство к МКБ 10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Пер. С англ. Д.Полтавца – К.: Сфера, 2000. – С. 153.
3. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. – М.: Медиа Сфера, – 2002. – 312 с.

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ,
ЛЕЧЕНИЯ, РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Сборник материалов
областного научно-практического семинара,
посвященного 25-летию медико-психологического факультета
Гродненского государственного медицинского университета
18 мая 2018 года*

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка С. В. Петрушина, А. А. Хартанович

Подписано в печать 11.05.2018.
Тираж 9 экз. Заказ 85.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/445 от. 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 23009, Гродно.