

- ✓ 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.