

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ**

*Сборник материалов Республиканского
научно-практического семинара с международным участием,
посвященного 20-летию кафедры медицинской психологии
и психотерапии УО «ГрГМУ»*

Гродно
ГрГМУ
2015

УДК 616.89+615.851]:005.745(06)

ББК 56.14+53.57я431

Н76

Рекомендовано Редакционно-издательским советом УО «ГрГМУ»
(протокол № 4 от 15 апреля 2015 г.)

Редакционная коллегия: ректор УО «ГрГМУ», д-р мед. наук,
проф. В.А. Снежицкий;
первый проректор УО «ГрГМУ», доц. В.В. Воробьев;
проректор по науке УО «ГрГМУ»,
д-р мед. наук, доц. С.Б. Вольф;
зав. каф. психиатрии и наркологии,
доц. М.А. Асанович (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.

Н76 **Новые** технологии в клинической психологии и психотерапии
(24 апреля 2015 г.) : сборник материалов Республиканского научно-
практического семинара с международным участием, посвященного
20-летию кафедры медицинской психологии и психотерапии
УО «ГрГМУ» [Электронный ресурс] / отв. ред. М.А. Асанович. –
Гродно : ГрГМУ, 2015. – Электрон. текст. дан. (объем 5,5 Мб). –
1 эл. опт. дисков (CD-ROM).
ISBN 978-985-558-518-4.

Сборник статей содержит материалы о последних разработках в области
клинической психологии и психодиагностики, методах психотерапии,
использованию психотерапевтических подходов в психиатрии и наркологии,
подготовке специалистов в области клинической психологии и психотерапии,
психотерапевтической работе с различными контингентами пациентов.

Ответственность за содержание материалов в сборнике несут авторы.

УДК 616.89+615.851]:005.745(06)
ББК 56.14+53.57я431

ISBN 978-985-558-518-4

© УО «ГрГМУ», 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	
Авдей С.А., Савицкая Е.В., Москаленко А.И.	8
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ	
Авдитовский В.А., Дворак Д.И.	11
СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ЛЖИ	
Апушкина А.Ю.	13
МОДЕЛЬ РАША КАК НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЙ СПОСОБ РЕШЕНИЯ ИЗМЕРИТЕЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ	
Ассанович М.А.	18
СУЩНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ ПОСТРОЕНИЯ РАВНОИНТЕРВАЛЬНОЙ ИЗМЕРИТЕЛЬНОЙ ШКАЛЫ В МОДЕЛИ РАША	
Ассанович М.А.	23
ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНИВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ В МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ РАША	
Ассанович М.А.	28
НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ИХ СВЯЗЬ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ФУНКЦИЯМИ	
Ассанович М.А.	34
ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА	
Ассанович М.А., Ассанович М.В.	39
ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДИНАМИКЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ	
Ассанович М. В.	45
ПРИМЕНЕНИЕ КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОДЕРМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ	
Байкова И.А., Шилова Н.П.	49
СЕКСУАЛЬНАЯ СФЕРА ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
Бердова Е. В., Копытов А.В.	54
ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	
Гелда А.П., Голубович В.В., Горюшкина Е.Г., Залеская И.С., Никулина Е.Ю., Нестерович А.Н., Роменский А.В., Рунец К.Е., Чернецкая Е.В.	63
ТЕХНОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОЙ МНОГОУРОВНЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ЛИЧНОСТНОГО АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЧЕЛОВЕКА (НА ПРИМЕРЕ АДДИКЦИЙ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ)	
Голуб В.И., Курпатов В.И, Голуб И.В., Голуб Я.В., Игнатьев Д.М., Игумнов С.А., Литвиненко О.А., Литвинцев С.В.	69

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ТИП СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	
Голубович В.В., Гелда А.П., Горюшкина Е.Г., Залеская И.С., Никулина Е.Ю., Нестерович А.Н., Роменский А.В., Рунец К.Е., Чернецкая Е.В.	72
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	
Григорьева И.В., Александров А.А.	78
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ПРИ СТИГМАТИЗАЦИИ И ДИСКРИМИНАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ	
Григорьева И.В., Докукина Т.В., Махров М.В., Трущенко М.Н.	84
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОЦЕСС ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	
Давидовский С.В.	94
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕСТА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ	
Демянова Л.В., Козловская Е.В.	96
СТРАТЕГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШКАЛ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И IPDE В ДИАГНОСТИКЕ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ	
Дерман Е.В.	99
НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ ПРИ СИМПТОМАХ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	
Джулай П.К., Жигар А.М.	107
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН РАБОТНИЦ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА	
Есис Е.Л.	110
ДЕПРЕССИЯ ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ	
Жигар А.М.	114
ОТНОШЕНИЕ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ К ПРОБЛЕМЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ	
Зинчук В.В., Гуляй И.Э., Алещик А.Ю., Ласицкая В.Н.	117
«ЧТО ДЕНЬ ГРЯДУЩИЙ НАМ ГОТОВИТ?» РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В РАЗВИТИИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА	
Игумнов С.А.	123
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КОМБАТАНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.	126
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ ПАРАСУИЦИДЕНТОВ И СУИЦИДЕНТОВ	
Карпюк В.А.	129
СУПЕРВИЗИЯ – КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	
Ковшова О.С.	134

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ	
Козячая Е.А.	140
ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА НА ВЫБОР И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	
Копытов А.В., Донской Д.А.	145
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ И СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
Копытов Д. А., Копытов А.В.	155
ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ	
Корехова М.В., Новикова И.А., Соловьев А.Г.	164
ХОЛДИНГ КАК ЭТОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	
Корнеева В.А., Шевченко Ю.С.	172
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ КАК ФАКТОРЫ ОБРАЩЕНИЯ НА ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ	
Коробач М.В.	178
ФРУСТРАЦИЯ АФФИЛИАТИВНОЙ ПОТРЕБНОСТИ В РИСКЕ СУИЦИДА	
Коробач М.В., Спасюк Т.И.	186
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОЙ СОВМЕСТИМОСТИ В УЧЕБНЫХ ГРУППАХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	
Королёв П.М., Муккель К.Г.	193
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ НЕВРОЗОВ	
Королева Е.Г., Джулай П.К.	198
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ	
Королева Е.Г.	205
АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СПИНАЛЬНУЮ ТРАВМУ	
Котова О.А., Байкова И.А., Теслова О.А.	213
РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ	
Котова В.С.	219
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ	
Крот А.Ф., Скугаревский О.А.	221
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА И СТРУКТУРЫ ФАКТОРОВ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ КОПИНГ-МЕХАНИЗМОВ Э.ХЕЙМА	
Луговская А.А.	226
АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ К НАРКОТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Максимчук В.П.	231
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ	
Менчицкий Ю.С., Колас Д.И.	235

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
Местечко В.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А.....	240
НОВЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	
Молоткова Н.Ю., Куприянова И.Е.	242
ОСОБЕННОСТИ ФРОНТАЛЬНОГО ПОРТРЕТА У ЛИЦ РАЗЛИЧНОГО ПОЛА	
Орехов С.Д., Дорохина Л.В., Левин В.И.....	247
ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
Пашковец А.В., Перец К.Л., Тищенко Е.М.	250
ИЗМЕНЕНИЯ ОТНОШЕНИЙ С БЛИЗКИМИ У ПАЦИЕНТОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МЕТАДОНОМ В УЗ «ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР», Г. МИНСК	
Пикирня В. И., Артеменко Е. К.....	253
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ ПОДХОДЕ	
Попеня И.С.....	261
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	
Попеня И.С.....	265
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ	
Попов С.А.	268
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ ИНСОМНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ	
Ремизевич Р.С.....	276
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРВИЗОРСКОЙ ГРУППЫ В КАЧЕСТВЕ ПЛАТФОРМЫ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА	
Севницкая К.А., Сурган И.Е., Якушкин Н.В., Мулёв В.В.....	284
ВЛИЯНИЕ ОБЩЕНИЯ С ВРАЧОМ НА СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА	
Сезень Е.А., Павлокевич Е.В., Тищенко Е.М., Сезень К.А.	287
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У ЛИЦ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ	
Семенов В. Н.	290
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ПСИХОТЕСТИРОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ВИРТУАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ	
Сивакова С.П., Смирнова Г.Д.....	296
АНАЛИЗ МОТИВОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ У ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ИЗ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ	
Синевич А.А., Копытов А.В.....	299
ВЛИЯНИЕ ЦВЕТА НА НАШУ ЖИЗНЬ. ЦВЕТОТЕРАПИЯ	
Синкевич Е.В.....	307

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ

Скугаревская Е.И., Балашов А.Д., Дукорский В.В.....	310
СИНДРОМ РИСКА ПЕРВОГО ПСИХОЗА: ПРЕДИКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ	
Скугаревская М.М., Скугаревский О.А.	318
ДОАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ АБОРТОВ	
Спиридонова Н.В., Беспалова О.Г.	327
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	
Станько Э.П.....	330
РОЛЬ ЭВТАНАЗИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ	
Сытый А.А., Ракович Д.Ю.	342
ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	
Таболина А.А., Байкова И.А.	346
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ВРАЧЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ	
Уланова Н.Н.	352
ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ С ТЕРМИНАЛЬНЫМИ БОЛЬНЫМИ	
Ушакевич Т. А.....	361
ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЬСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	
Хоменко Н.В.	364
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СНА У ИНОСТРАННЫХ И БЕЛОРУССКИХ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	
Хорошун Е.Н., Балбатун О.А.	370
О РОЛИ МОЗЖЕЧКА В СТАНОВЛЕНИИ ПСИХИКИ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ	
Цветков А.В.	373
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Цидик Л.И.	379
МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ (НА МОДЕЛИ РДА)	
Шевченко Ю.С., Корнеева В.А.	385
ПРЕДИКТОРЫ ОТКЛИКА НА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЮ, УСТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ И ПРОГНОЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	
Янковская А.Г.....	393

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Авдей С.А., Савицкая Е.В., Москаленко А.И.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) – один из наиболее эффективных методов хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Традиционно широко используется проведение оперативной реваскуляризации в условиях искусственного кровообращения. Проблема церебральных сосудистых осложнений, связанных с хирургическим лечением больных ИБС, остается актуальной. 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. Особенно восприимчивыми к гипоперфузии являются гиппокамп, перивентрикулярное белое вещество и водораздельные зоны, предопределяющие особенности неврологических осложнений АКШ.

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. 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.

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 (14 женщин и 20 мужчин) в возрасте до 55 лет (8 женщин и 10 мужчин) и старше 55 лет (6 женщин и 10 мужчин). У больных до операции был выставлен диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, атеросклерозом коронарных артерий, хроническая сердечная недостаточность (3-4 степень). Средняя продолжительность заболевания пациентов составила $7,7 \pm 2,11$ лет. 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.

Результаты исследования

Анализ шкалы Холмса-Рея выявил наибольшие проявления негативного стрессового воздействия у мужчин вне зависимости от возраста. Количество набранных стрессовых баллов у лиц мужского пола составило $170,4 \pm 12,0$ баллов (7 день), $160,6 \pm 15,5$ баллов (14 день) – в возрасте до 55 лет и $152,1 \pm 11,1$ баллов (7 день), $151,8 \pm 13,11$ баллов – старше 55 лет по отношению к оценке событий женщинами (соответственно: $147,2 \pm 12,2$ баллов (7 день), $135,5 \pm 12,7$ баллов (7 день), $p < 0,05$, $p_1 < 0,05$, $141,5 \pm 12,3$ баллов, $140,0 \pm 10,0$ баллов $p < 0,05$, $p_1 < 0,05$ (14 день). Важные события, происшедшие у мужчин в течение последнего года были изменения финансового положения, места работы, условий жизни, стереотипа поведения, социальной активности, привычек, связанных с питанием, конфликтные ситуации с близкими, 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 сменялась к 14 дню

легкой формой ($14,7 \pm 2,97$ баллов, $10,7 \pm 3,73$ баллов, $p < 0,05$), а у женщин свыше 55 лет выраженные депрессивные нарушения переходили в умеренные ($24,0 \pm 2,89$ баллов, $15,5 \pm 1,19$ баллов, $p < 0,05$). После АКШ к 14 дню у мужчин до 55 лет депрессивные расстройства полностью проходили ($12,8 \pm 2,05$ баллов, $8,3 \pm 0,79$ баллов, $p < 0,05$), в возрасте старше 55 лет умеренные сменялись субдепрессией ($15,6 \pm 1,23$ баллов, $11,9 \pm 1,0$ баллов, $p < 0,05$). Согласно опроснику самооценки памяти, все обследованные больные набрали меньше 43 баллов, а это не предполагает по данному тесту наличие нарушения памяти, внимания. Все пациенты хорошо запоминали слова, в том числе имеющие общий смысловой признак, заучивали 10 слов за 3 предъявления, но воспроизводили из 9 слов не все предъявленные слова, а более половины (в основном мужчины и женщины старше 55 лет – соответственно: $1,1 \pm 0,07$ баллов, $1,2 \pm 0,27$ баллов). Не вызывали затруднений у больных задания по рисунку 3 геометрических фигур и расстановке стрелок на часах без циферблата (7 ч 25 мин). Вне зависимости от возраста и пола, все пациенты за 1 минуту называли менее 1014 продуктов (мужчины и женщины до 55 лет (соответственно $2,9 \pm 0,07$ баллов, $2,8 \pm 0,01$ баллов), старше 55 лет (соответственно $2,9 \pm 0,07$ баллов, $2,0 \pm 0,36$ баллов)) 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), чем женщины (5 операций) (мужчины до 55 лет и старше 55 лет: $1,0 \pm 0,25$ баллов, $1,0 \pm 0,20$ баллов, женщины до и старше 55 лет: 0 баллов и $0,5 \pm 0,01$ баллов, $p < 0,05$, $p < 0,05$). Хотя решение арифметической задачи и выбор утверждения, соответствующего смыслу пословицы «Не в свои сани не садись» из 4 предложенных вариантов выполняли без ошибок. У всех пациентов по общему количеству набранных баллов батареи лобных тестов установлена умеренная лобная дисфункция (мужчины до 55 лет $12,1 \pm 0,40$ баллов, старше 55 лет $12,5 \pm 0,51$ баллов, женщины соответственно $12,0 \pm 0,90$ баллов, $12,1 \pm 0,11$ баллов).

Заключение. 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВИРТУАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Авдитовский В.А., Дворак Д.И.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность изучения влияния компьютера на здоровье молодежи и его роли в самой обычной жизни, той, которая начинается после занятий, позволяет провести анализ того, чем иногда опасен выбор виртуальной свободы.

Диагностическое исследование предрасположенности к зависимости от компьютера, динамическое наблюдение и обследование молодых людей в возрасте 17-19 лет проводилось 2009-2014 учебном году среди 458 респондентов: студентов медуниверситета, учащихся 10-11-х классов гимназии № 2 г. Гродно и медколледжа.

По результатам оценки по увлечению новой “игрушкой” респонденты распределились по группам (таб.1) юзеров (*англ. «user» пользователь*) – самой многочисленной части опрошенных нами компьютерных пользователей – для которых Word и Excel уже больше не вызывают

трудностей, а Интернет переходит из разряда страшных легенд о вирусах в разряд неотъемлемой части жизни; геймеров (англ. «*gamer*» – игрок) – тех, кто предпочитает компьютерные игры, по уровню игровой активности и, наконец, высокопрофессиональными и весьма любопытными программистами – хакеров (англ. «*hack*» – успешно управлять) которые будучи искушенными в тонкостях компьютерных систем, способны как принести большую пользу, так и нанести существенный урон.

Таблица 1 – Распределение респондентов по основным пристрастиям.

	учащиеся		студенты университета
	гимназисты	медколледжа	
Юзеры:			
«юзер обыкновенный»	67,8%	57,8%	89,1%
«уверенный юзер»	24,3%	32,8%	9,8%
начинающий «веб-мастер»	7,9%	9,4%	1,1%
Геймеры			
Казуалов (англ. « <i>casual gamer</i> ») лиц, увлекающихся видеоиграми	59,3%	60,3%	56,8%
Общественников (англ. « <i>sociable gamer</i> ») - для них игра - это действие, в котором можно показать себя	24,2%	28,5%	35,6%
Модераторов (англ. « <i>moderate gamer</i> ») – они с удовольствием тратят деньги на покупку 1-2 новых игр в месяц; в их жизни периодически случаются ночи, которые они проводят за игрой на компьютере или в Интернет-сети	8,9%	7,6%	5,8%
Увлечённых геймеров (англ. « <i>addicted gamer</i> ») – у них желание играть потихоньку подчиняет себе все остальные аспекты жизни, они могут не пойти на занятия или притвориться больными - и всё это ради того, чтобы «допройти» новую игру	5,7%	2,4%	0,9%
Хардкорщиков (англ. « <i>hardcore gamer</i> ») – для них Интернет-игры становятся жизнью, а жизнь полностью подчиняется Сети. Узнать их очень просто: они путают своё имя с кибер-спортивным прозвищем или игровым «ником»	1,9%	1,2%	0,9%
Хакеры	0,5%	-	-

Следует отметить, что по сравнению с зависимостями от алкоголя и наркотиков, Интернет-зависимость в меньшей степени вредит здоровью человека, не разрушает его мозг, и казалась бы достаточно безопасной, если

бы не явное снижение трудоспособности, эффективности функционирования в реальном социуме. Но важно понимать, что зависимость – это состояние, при котором человек уже не принадлежит себе полностью; как и в случае применения наркотика, общение в Интернете может создавать иллюзию благополучия, кажущуюся возможность решения реальных проблем. Анализ особенностей выбора виртуальной свободы показывает, что ее важной составляющей, по сравнению с другими, является включение в виртуальную реальность с нарастающей иллюзорной оценкой происходящего, но ни при одной из других форм зависимости не достигается такой интеграции психических функций, как при Интернет-зависимости. Виртуальная реальность - не есть жизнь, это лишь отражение жизни, это параллельный, но не основной мир. Нет смысла игнорировать компьютерные возможности, но важно их использовать по мере необходимости пользования Интернет-сетью, а развлечения в виде компьютерных игр лучше сопрягать с реальными активными действиями в реальном мире.

СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ЛЖИ

Анушкина А.Ю.

*Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
г. Рязань, Российская Федерация*

Проблема лжи в современных науках является весьма актуальной. В отечественной и зарубежной научной литературе можно встретить множество публикаций, как статей, так и целых монографий, посвященных различным аспектам изучения лжи. Как культурный феномен ложь рассматривают многие науки – философия, психология, лингвистика, юриспруденция. Рассмотрим основные определения понятия «ложь»:

1. В философии ложь рассматривается как преднамеренное возведение заведомо неправильных представлений в истину. Наряду с этим широко

рассматриваются вопросы заблуждений в науке, взаимоотношения политики и истины, социально-философские аспекты обмана.

2. Психолингвистика дает следующее определение лжи: «ложь – вид коммуникативного акта, осуществляемый с помощью лингвистических и/или паралингвистических средств для сознательного введения в заблуждение путем искажения, сокрытия или подмены истины/правды.
3. В юридической психологии и правовых науках понятие лжи тесно связано с применением полиграфа (детектора лжи). В книге Оглоблина С.И. и Молчанова А.Ю. ложь рассматривается как способ защиты рентной информации.
4. С позиции логики понятие «ложь» рассматривается совместно с понятием «истина». В отличие от понятия «правда» термин «истина» не несет субъективной оценки, а отражает реальное состояние вещей. Таким образом, при оценке истины (или лжи) в логике не учитывается психологическая оценка искренности субъектов общения и, наоборот, - человек говорящий неискренне может, даже сам того не желая, излагать истинные вещи.
5. В психологической литературе такие понятия как «ложь», «обман», «неправда», «неискренность», «дезинформация» разграничивают, используя не как синонимы, а как обособленные категории коммуникативного процесса. Итак, ложь – это, обычно, умышленная передача сведений, не соответствующих действительности. П.В. Алексеев и А.В. Панин отмечают, что понятие «ложь» близко по смыслу к понятию «дезинформация». Но, в отличие от лжи, которая всегда связана с преднамеренностью субъекта, дезинформация может быть осознанной и неосознанной, не переставая оттого быть неправдой. Неправда в ситуациях межличностного общения может проявляться в двух разновидностях: как вербальный эквивалент (человек верит в реальность существования чего-то, но ошибается) и как следствие ограниченности знания. Еще одна рассматриваемая нами категория – обман. Обман – это

полуправда, сообщенная партнеру с расчетом на то, что он сделает из нее ошибочные, не соответствующие намерениям обманывающего выводы. По В.В. Знакову, различается два вида обмана: с помощью полуправды (обманщик, сообщая некоторые подлинные факты, умышленно утаивает другие, важные для понимания целого) и обман посредством правды, произносимой таким образом, чтобы в нее нельзя было поверить. Так же стоит отметить, что когда речь идет об обмане, то подразумевается процесс, действие. Что касается понятий «ложь», «неправда» - это оценка информации, не вызывающей доверия. Г.В. Грачев и И.К. Мельник выделяют так же такое понятие как «неискренность», предлагая его как интегративный термин, когда речь идет о разных формах целенаправленного искажения субъектом действительности.

Таким образом, имеется множество форм человеческого поведения, составляющей частью которых является искажение информации и введение в заблуждение другого человека по самым разным мотивам. В научной литературе рассматривается некоторое количество синонимичных понятий, наиболее распространенным для исследований из которых является понятие ложь.

Как компонент коммуникации ложь может появляться на любом этапе процесса межличностного общения. Источником лжи может быть индуктор, т.е. человек, который сообщает информацию, реципиент – получающий информацию, а так же сам канал передачи информации. Вне человеческого общения искажение в процессе передачи информации – явление крайне редкое, т.к. ложь, помимо информационной составляющей (искажение передаваемой информации) включает и волевые действия (сознательность и целенаправленность). В животном мире данное явление искажения невозможно по причине отсутствия у животных сознания и свободы воли.

Исказить информацию можно двумя способами – сказав недостоверную информацию (активная ложь) или умолчать, скрыть какие-либо факты (пассивная ложь). Пассивная ложь в свою очередь может быть полной, когда

замалчивается вся информация, и частичной, когда замалчиваются отдельные элементы.

Феномен лжи всегда рассматривается в контексте социальных взаимодействий, где обществом установлены определенные нормы и правила. Следование этим правилам позволяет разделить ложь на конвенциональную и неконвенциональную. К конвенциональным (ритуализированным) видам лжи относят:

1. Стереотипизированные (фатические) фразы (на вопрос «Как дела?» часто дается ответ «нормально», который не отражает суть происходящего);
2. Формальную вежливость.

Все более социологизируется и становится обязательным элементом коммуникативного взаимодействия даже в России такое проявление формальной вежливости как улыбка. Так же социальная природа лжи проявляется и в имидже, в намеренной стилизации более высокого социального статуса, нежели реально существующий.

Таким образом, ложь в межличностной коммуникации проявляется во всех сферах общения и на разных уровнях.

Ложь можно так же рассматривать как инструмент защитных механизмов личности. Чаще всего в этом ключе речь идет о самообмане – особом случае внутреннего диалога, где обманывающий и обманываемый предстают в одном лице. Как отмечает Д.И. Дубровский, склонность к самообману означает склонность к сокрытию истины о себе. Это проявляется в бессознательном уклонении от некоторых знаний о себе, в их вытеснении. Многие способы самообмана зафиксированы психоанализом и проявляются в защитных механизмах личности. Преследуя цель оправдания мотивов и поступков, самообман выступает в форме рационализации – защиты, связанной с осознанием и использованием только той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение предстает как

хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам.

Типичным механизмом самообмана так же является проекция. Проекция – это приписывание собственных вытесненных переживаний, потребностей, особенностям другим людям.

Вытеснение, как психологическая защита, так же является основой для формирования самообмана. Стараясь устранить, не допустить в сферу сознания болезненных, противоречивых чувств, субъект тем самым обманывает себя, принимая не всю информацию, не осознавая всей картины действительности.

Выступая в роли защитного механизма, самообман так же может выполнять функцию саморегуляции психического состояния личности. Саморегуляция это процесс внутренней целенаправленной активности человека, который направлен на оптимизацию психического состояния человека. Обманывая себя или других, человек избавляется от межличностных и внутриличностных конфликтов, самоутверждается, происходит повышение самооценки.

Таким образом, в отечественной науке существует много подходов к определению такого понятия как «ложь». В психологии наряду с этим рассматривают так же понятия «обман», «неправда», «дезинформация», «неискренность». Как коммуникативный феномен ложь рассматривается в основном в рамках социальной психологии, но может выступать предметом изучения и психологии личности (как механизм психологической защиты и способ саморегуляции личности).

МОДЕЛЬ РАША КАК НАУЧНО ОБОСНОВАННЫЙ СПОСОБ РЕШЕНИЯ ИЗМЕРИТЕЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ

Ассанович М.А.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Едва ли не в каждом психиатрическом и психологическом исследовании целью является получение цифровых данных о какой-либо психологической переменной. На основании статистического анализа полученных данных в этих работах выдвигаются гипотезы, разрабатываются концепции, теории, делаются выводы, прогнозы и предлагаются практические рекомендации. Однако, большинство подобных работ отличается фактическим отсутствием хотя бы единичных сведений о том, на основе каких принципов и правил измерения были получены цифровые данные.

В большинстве психодиагностических заключений и научных выводов отсутствуют внятные формулировки относительно истинной выраженности исследуемого конструкта у испытуемого. В основном в них речь идет о значениях общих тестовых оценок, которые сравниваются с нормативными средними значениями. Причем природа и структура нормативной выборки зачастую неизвестны или она не соответствует по целевому определению популяции, представителем которой является данный испытуемый.

Что касается информации о психометрических свойствах психодиагностической методики, то во всех методиках, созданных в рамках классической теории тестов, она носит описательный характер. Обычно в эти описания включают данные о корреляциях пунктов с общей оценкой, значения коэффициентов надежности, таблицы перевода сырых оценок в шкальные, факторные данные по валидности. Все эти данные не носят объективного измерительного характера, поскольку полностью зависят от тех условий, в которых проводилось психометрическое исследование методики.

Общепринятым в сознании пользователей является следующее представление о психодиагностической методике. Она должна включать инструкцию, перечень диагностических пунктов с ключами и критерии оценки полученных результатов с переводом сырых оценок в шкальные. Ответам испытуемых приписываются числа, которые затем складываются в общую оценку. В большинстве случаев такое исследование в психодиагностике считается научным измерением психологического конструкта. Расположенные на порядковой шкале оценки воспринимаются исследователями, как будто они располагаются на шкале равных интервалов. При этом стандартизированной методика считается, если в ее структуре имеются оценки нормативной группы. Каковы свойства нормативной группы, насколько она соответствует тому контингенту испытуемых, для исследования которого будет предлагаться данная методика, - все эти вопросы носят второстепенный характер. Главный же вопрос любого измерения: на каком основании измеряемому свойству приписываются цифровые оценки, вообще выпадает из внимания. Соответствие общей оценки по тесту определенным уровням выраженности свойства признается само собой разумеющимся. Пользователи методик совершенно не осознают того факта, что отсутствие измерительных правил в числовых определениях психологического конструкта приводит к ошибочной интерпретации результатов психодиагностического исследования. Чтобы исследование включало действительно научное измерение конструкта, необходимо сосредоточить внимание не на данных, а на самом измерении, в частности, на том, в каких единицах измеряется конструкт.

Категория единицы измерения в клинической психодиагностике заменяется тестовыми баллами, которые никак не могут являться равными мерами и единицами измерения. Это обусловлено тем, что тестовые баллы не имеют никакой измерительной связи с оцениваемым психологическим конструктом. Они полностью привязаны к самой психодиагностической методике, всего лишь представляя собой удобную форму наглядного

представления результатов исследования. Тестовым баллам присвоены числа, ранжированные на порядковой шкале. По тестовым баллам невозможно определить выраженность конструкта, как это проводится при наличии истинного измерения. Сравнивая двух испытуемых по тестовым баллам, можно лишь констатировать, что один испытуемый набрал больше или меньше баллов, чем второй. Никаких обоснованных выводов о том, насколько оцениваемый конструкт у одного субъекта более выражен, чем у другого, на основе тестовых баллов сделать невозможно. Метрические расстояния между баллами носят неравномерный характер и полностью зависят от распределения самих баллов и распределения конструкта в популяции.

Чтобы как-то выйти из создавшегося положения и создать подобие измерения создатели методик выполняют нормализацию распределения тестовых баллов и приводят их к нормальному Z-распределению. Процедура нормализации носит линейный характер и обуславливает существенные потери или искажения диагностической информации. Нормализация полностью игнорирует исходное распределение психологического конструкта. Считается, что оно должно быть также нормальным. Однако оцениваемые в клинике психологические конструкты никак не могут иметь нормальное распределение в популяции. Клинические контингенты испытуемых находятся на периферических участках популяционного распределения. В большинстве случаев истинное распределение психологических конструктов носит скошенный или платообразный характер. Нормализация методик на основе нормативных данных здоровых лиц обуславливает огромные информационные пробелы в зонах различий между тестовыми оценками клинических контингентов испытуемых и тестовыми оценками здоровых испытуемых. С измерительной точки зрения методики клинической психодиагностики не имеют научного обоснования и не являются измерительными инструментами.

Возможно ли создание обоснованной измерительной клинической психодиагностической методики? Если речь идет о классическом подходе к конструированию, то, ответ должен быть отрицательным. Поскольку в классической теории тестов изначально отсутствуют основы измерения, создание измерительного инструмента в рамках классического подхода невозможно.

Существует ли подход, который мог бы предоставить научное обоснование возможности измерения в психодиагностике и предложить эксплицитные правила психодиагностического измерения? На сегодняшний день в клинической психодиагностике существует только один подход, удовлетворяющий требованиям научного измерения, который получил название модель Раша.

В результате применения модели Раша нелинейные отношения между тестами разной трудности переводятся в линейные, а шкала измерительных оценок психологического конструкта имеет равноинтервальный характер независимо от распределения. Реализуется это посредством использования новой «психологической единицы измерения», названной логитом. Логит как единица измерения не эквивалентен тестовому баллу, а эквивалентен фиксированному количеству оцениваемого психологического конструкта. На разных участках шкалы величина, равная одному логиту включает разное количество тестовых баллов подобно z-оценкам. Форма распределения логитов подобна форме распределения z-оценок со средним, равным 0, и стандартным отклонением, равным 1. Однако по сравнению с z-оценками шкала логитов имеет три преимущества. Во-первых, она не основана на наблюдаемых данных, а носит моделированный инвариантный характер. Это означает, что на разных выборках шкала логитов будет иметь практически одинаковые отношения с тестовыми баллами. Во-вторых, построение шкалы логитов не зависит от распределения сырых оценок и не нуждается в допущении о нормальном распределении психологического конструкта. Это позволяет использовать данную шкалу в клинической психодиагностике.

И, в-третьих, шкала логитов представляет собой построенную шкальную модель с наличием оценок ее качества. Оценки качества построенной модели позволяют еще до ее введения в практику оценить прогностическую диагностическую эффективность.

Построенная с помощью модели Раша шкала логитов оценивается на соответствие эмпирическим данным с помощью специальных индексов качества. Эти индексы показывают, насколько реальные данные вписываются в модель и насколько полезна построенная шкала. Статистика качества рассчитывается путем определения разностей между наблюдаемыми и ожидаемыми ответами, возведением в квадрат этих разностей, суммированием, усреднением и стандартизацией с аппроксимацией к нормальному z -распределению. Показатели качества делятся на индексы качества ответов испытуемых и индексы качества пунктов. Индексы качества ответов показывают, насколько стабильны и логичны ответы конкретного испытуемого на пункты методики. Высокие значения индекса характерны для испытуемых, которые стремятся предоставить необычные, нелогичные и неадекватные паттерны ответов. Индексы качества пунктов оценивают соответствие пункта диагностической направленности шкалы. Фактически оценивается конструктивная валидность пункта. Низкое качество пункта говорит о его диагностической несостоятельности в контексте всей шкалы.

Помимо индексов качества модель Раша включает еще ряд статистических психометрических показателей, оценивающих общую диагностическую состоятельность шкалы. Индексы сепарации оценивают количество уровней выраженности конструкта, которые способна дифференцировать диагностическая шкала. Различаются индексы сепарации пунктов и испытуемых. Клиническое значение имеет индекс сепарации испытуемых, поскольку он показывает, сколько реально уровней выраженности свойства может оценивать данная методика. На основе данного показателя нами разработана технология статистического выделения

уровней выраженности конструкта с определением пороговых диагностических критериев. Данная технология эффективно зарекомендовала себя в построении диагностических шкал оценки выраженности депрессии.

СУЩНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ ПОСТРОЕНИЯ РАВНОИНТЕРВАЛЬНОЙ ИЗМЕРИТЕЛЬНОЙ ШКАЛЫ В МОДЕЛИ РАША

Ассанович М.А.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Модель Раша использует традиционно рассчитываемую в психодиагностике общую оценку по тесту. Общая оценка используется как стартовая точка для оценивания вероятностей паттернов ответов испытуемых. В основе реализации модели лежит простая идея, что испытуемые предоставят ключевые ответы скорее на легкие пункты, чем на трудные. На все пункты методики предоставят ключевые ответы лица скорее с высоким уровнем свойства, чем с низким. Слово «скорее» здесь является синонимом выражения «более правдоподобно». Испытуемые, имеющие высокие общие оценки, с большей вероятностью дадут ключевые ответы на все пункты или большинство из них. Пункты, на которые лишь незначительное число испытуемых предоставили ключевые ответы, являются трудными.

Использование модели Раша включает на первом этапе подготовку матрицы не количественных, а качественных данных. Эта матрица представляет собой таблицу ответов испытуемых на пункты методики. Известно, что любая психодиагностическая методика или тест включает перечень ключевых ответов, которые учитываются при подсчете общей суммарной оценки. В таблицу данных заносятся ключевые и неключевые ответы испытуемых на пункты. При этом первоначально таблица может

иметь случайный вид номинальных оценок. Затем она трансформируется в более упорядоченный вид. Теперь испытуемые ранжируются в зависимости от количества ключевых ответов, а пункты в зависимости от числа испытуемых, предоставивших на данный пункт ключевой ответ. Тем самым номинальная матрица становится порядковой. В матрицу данных включается колонка общих сырых оценок, полученных каждым испытуемым из выборки. Общие оценки также располагаются упорядоченно в виде порядковой шкалы. Анализ такой матрицы позволяет сопоставить паттерны ответов испытуемых с их общими оценками. Паттерном ответа является последовательность ключевых и неключевых ответов на пункты теста или шкалы. Если ключевой ответ обозначить цифрой «1», а неключевой - цифрой «0», то паттерн ответов на шкалу из 5 пунктов и первыми двумя ключевыми ответами будет выглядеть как 11000. Если каждый ключевой ответ приносит 1 балл к общей оценке, то общая оценка по шкале для такого паттерна будет равна 2. Сопоставление паттернов ответов испытуемых друг с другом, а также с общими оценками позволяет рассчитать не только наблюдаемые значения трудностей пунктов и оценок измеряемого свойства, но и их ожидаемые значения. Это дает возможность сравнить ожидаемые и наблюдаемые значения и оценить, насколько они правдоподобны. Наблюдаемая трудность пункта рассчитывается как доля испытуемых, предоставивших ключевой ответ на этот пункт. Оценка определенного уровня измеряемого психологического конструкта рассчитывается как доля испытуемых с определенным количеством ключевых ответов.

Однако наблюдаемые общие оценки по тесту нельзя использовать для измерения психологического конструкта. Это связано с различиями в плотности распределения оценок конструкта на разных участках шкалы. Обычно их наибольшая плотность отмечается в центральной части шкалы. Неравномерность плотности распределения означает неравенство интервалов выраженности конструкта между соседними оценками. Интервалы в зоне повышенной плотности имеют меньшие расстояния, чем интервалы в зонах

пониженных плотностей. Таким образом, шкала, основанная на наблюдаемых общих оценках, не является шкалой равных интервалов. Это накладывает строгие ограничения на возможности интерпретации данных в рамках такой шкалы. Фактически шкала общих оценок, какому бы виду нормализации она не подвергалась, является, по сути, порядковой шкалой. Отношения между уровнями выраженности конструкта в формате порядковой шкалы не имеют интерпретативного смысла. По оценкам порядковой шкалы нельзя делать выводы о том, насколько уровень конструкта у одного испытуемого выше, чем у другого. Максимум интерпретации, который можно получить из порядковой шкалы, касается положения испытуемого в общем ряду других испытуемых. Для того, чтобы использовать подобную псевдоинтервальную шкалу для оценки уровней выраженности конструкта необходимо точно знать все расстояния между соседними тестовыми оценками на всем протяжении шкалы. Естественно, арифметическая разница между числовыми значениями оценок никак не отражает действительное расстояние между этими оценками. Например, разница в 7 баллов между оценками 50 и 57 на одном участке шкалы и между оценками 90 - 97 на другом участке не означает одинаковые расстояния между уровнями выраженности конструкта в каждой из этих пар оценок. С целью лучшего представления относительных дистанций между сырыми оценками используются определенные математические преобразования. Одна такая процедура известна еще с первой четверти 20 века. В те годы в своих исследованиях известный американский психолог Турстоун подвергал сырые тестовые оценки конвертации в натуральные логарифмы. В физических измерениях подобные конвертации являются обычным делом. В психологических исследованиях они встречаются значительно реже. Преобразование шкалы сырых суммарных оценок в логарифмическую шкалу выглядит следующим образом. Суммарная оценка каждого испытуемого представляется в виде доли или процентов набранных им тестовых баллов от максимального. Затем проценты ключевых ответов переводятся в шансы

ключевых или неключевых ответов. Например, если оценка испытуемого составила 75%, то в виде шанса ключевых/неключевых ответов она будет выглядеть как 75 к 25. Далее шансы конвертируются в натуральные логарифмы шансов. Логарифмы шансов еще иначе называются логитами. Логиты могут быть как положительными, так и отрицательными. Положительные логиты соответствуют долевым оценкам более 50%, отрицательные – менее 50%. Если исходная шкала являлась порядковой, то шкала логитов представляет собой уже интервальную шкалу. Равные расстояния между оценками на порядковой шкале, соответствуют неравным расстояниям между этими же оценками, представленными на шкале логитов. Величина интервалов между логитами сырых оценок отражает разницу в выраженности конструкта между соответствующими оценками с учетом плотности их распределения. Поскольку плотность распределения оценок в центральной части шкалы выше, а ближе к полюсам – ниже, то интервалы между соседними оценками в логитах в центральной области шкалы меньше, чем в отдаленных областях. Измерительная шкала логитов конструируется на основе тех же принципов, что и шкала амперов в физике, а также любая другая шкала, предназначенная для измерения латентных конструктов.

Шкала логитов в модели Раша имеет теоретическое обоснование равноинтервального характера, построения линейных мер и включает технические процедуры конструирования, а также оценки психометрической состоятельности такой шкалы в психодиагностике.

Математическое выражение логита, как единицы измерения имеет следующий вид:

$$\log \left(\frac{\text{вероятность ключевого ответа}}{\text{вероятность неключевого ответа}} \right) = \text{выраженность конструкта} - \text{трудность пункта.}$$

Рассмотрим все составляющие данного выражения. Ключевым ответом считается ответ на пункт психодиагностического теста, который оценивается определенным баллом, увеличивающим общую оценку по тесту. Например, для дихотомических пунктов с ответами типа «верно/неверно», ключевой ответ оценивается в 1 балл, а неключевой - 0 баллов. Для политомических

пунктов ключевые ответы могут иметь разные оценки в баллах, исключая оценку «0». Выражение в скобках в левой половине уравнения называется шансом предоставления ключевого ответа на пункт. А логарифм этого шанса и представляет собой логит, как единицу измерения выраженности конструкта.

Изначально модель Раша отталкивается от первичной эмпирической матрицы наблюдаемых ответов группы испытуемых на пункты теста. Рассчитываются шансы ключевых ответов для каждого пункта теста и шансы предоставления ключевых ответов на все пункты для каждого испытуемого. Правая часть уравнения представляет собой простую разницу двух переменных. Переменная «выраженность конструкта» отражает количественную выраженность того самого психологического конструкта, который измеряется данным тестом. Переменная «трудность пункта» характеризует пункты теста. Трудность означает способность пункта вызывать ключевой ответ у испытуемых. Если на пункт предоставляет ответ лишь небольшая часть популяции, то более правдоподобна скорее высокая, чем низкая трудность этого пункта. Если же на пункт дают ответ большинство испытуемых, то, скорее всего, трудность данного пункта низкая. Исходя из этих предположений, и оценивается параметр трудности в модели Раша. Рассмотренное выше выражение представляет собой простую линейную модель единиц измерения психодиагностической шкалы. Все элементы этой модели занимают фиксированные позиции на прямой линии шкалы.

В результате реализации измерительной технологии модели Раша сырые оценки на порядковой шкале с неравными расстояниями между ними конвертируются в равноинтервальную шкалу с единицами измерения в логитах. Каким образом получается достижение равноинтервального характера шкалы, т.е. получение шкалы с истинными измерительными свойствами? В модели Раша это осуществляется с помощью специальной технологии вероятностного итерационного моделирования. На основе

оценивания данных, полученных на реальной выборке, строится вероятностная модель, включающая оцененные значения конструкта для всех испытуемых, значения трудности всех пунктов и оценки в логитах для каждой сырой суммарной оценки по тесту. Процесс оценивания всех этих параметров носит итерационный характер, циклически повторяясь до достижения приемлемого критерия схождения итераций.

Конструирование равноинтервальной измерительной шкалы не заканчивается на процессе моделирования. Бесспорное достоинство модели Раша заключается в возможности дальнейшей проверки качества построенной модели и определения психометрических свойств шкалы. В модели Раша рассчитываются специальные индексы качества для каждого пункта теста и ответа испытуемого, показывающие насколько каждый пункт конструктивно состоятелен в рамках построенной шкалы по отношению к реальным данным. Если индексы качества соответствуют установленным критериям, то шкала обладает достоверными измерительными свойствами.

ТЕХНОЛОГИЯ ОЦЕНИВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ В МЕТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ РАША

Ассанович М.А.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

В метрической системе Раша в качестве способа расчета таких неизвестных параметров, как трудность пункта и выраженность конструкта, используется процедура безусловного статистического оценивания данных параметров методом максимального правдоподобия. Безусловное оценивание называется так, потому что не включает использование условных вероятностей. Оценивание трудности пунктов и выраженности конструкта у испытуемых осуществляется одновременно. Дело в том, что оценка качества модели основана на вычислении остатков разности наблюдаемых и

ожидаемых ответов. А ожидаемые ответы рассчитываются легче всего в случае именно одновременного оценивания параметров трудности и выраженности конструкта.

Статистическое оценивание является фундаментальным аспектом прикладной статистики. Существует целый ряд процедур оценивания: метод наименьших квадратов, минимального кси-квадрата, максимального правдоподобия. В модели Раша используется оценивание методом максимального правдоподобия. Данный метод оценивания был предложен Р. Фишером еще в 1920-х годах.

Основное уравнение модели Раша позволяет определить вероятность ключевого ответа на один любой пункт теста. Однако на основе этого же уравнения можно определить и общую вероятность появления всех ответов испытуемых, полученных при предъявлении им всех пунктов теста. Вопрос звучит следующим образом: какова вероятность, что данный конкретный набор ответов у данных испытуемых может быть получен при предъявлении им данного конкретного набора пунктов? Общая вероятность ответов еще иначе известна как правдоподобие ответов. Правдоподобие ответов является функцией от полученных в результате исследования данных (наблюдаемых данных). Естественно, изначально правдоподобие неизвестно. В основном уравнении Раша также присутствуют два неизвестных параметра, которые необходимы для построения измерительной шкалы. Этими параметрами являются трудность пункта и выраженность конструкта. Цель оценивания состоит в том, чтобы получить такие оценки этих неизвестных параметров, чтобы правдоподобие полученных ответов было настолько большим, насколько это возможно, т.е. максимальным. Таким образом, правдоподобие ответов можно рассматривать как функцию от известных наблюдаемых данных и неизвестных параметров. Тогда сами неизвестные параметры становятся собственно переменными, значения которых требуется найти. Вся процедура расчетов направлена на поиск значений этих параметров для

каждого полученного ответа (уравнение Раша относится к индивидуальному ответу), чтобы правдоподобие всех данных имело максимальную величину.

Техника расчетов основана на вычислении производной правдоподобия по каждому из неизвестных параметров и последующем проведении теста второй производной, при этом первая производная фиксируется на «0». В результате дифференцирования становятся известными оценки конструкта и трудности пунктов, при которых правдоподобие полученных ответов имеет максимальную величину.

Итак, стратегия оценивания неизвестных параметров включает 4 этапа:

- построение математического выражения правдоподобия наблюдаемых паттернов ответов;
- дифференцирование этого выражения по каждому из неизвестных параметров (выраженности конструкта β_n и трудности пункта δ_i);
- фиксация каждой производной на нуле;
- окончательное решение уравнений, позволяющих найти такие значения β_n для каждой оценки по тесту и δ_i для каждого пункта, чтобы правдоподобие ответов было максимальным.

Процедура оценивания применяется ко всему набору ответов испытуемых, полученных в результате психодиагностического исследования. Естественно, применительно ко всем пунктам и всем испытуемым получается достаточно большое количество неизвестных параметров. Каждый пункт имеет неизвестное значение трудности. Каждая оценка по тесту, которая может быть получена испытуемыми, соответствует неизвестному уровню выраженности латентного психологического конструкта. Однако пошаговое применение процедуры оценивания последовательно к паттерну ответов каждого испытуемого и каждому пункту позволяет найти все неизвестные параметры.

Техника решения дифференциальных уравнений при вычислении оценок неизвестных параметров отличается от эксплицитной процедуры решения обычных математических уравнений. Эксплицитная процедура –

это такая процедура решения, когда уравнение решается посредством ограниченного числа арифметических операций. Например, уравнение $2x - 3 = 3$ решается с помощью только двух операций: сложения и деления. Дифференциальные оценочные уравнения решаются не эксплицитным, а имплицитным способом, в котором количество требуемых вычислительных операций задается произвольным критерием. Например, уравнение $x + 2 \cdot \sin x = 0.73$ невозможно решить вышеописанным эксплицитным способом. Однако он успешно решается имплицитно с помощью процедуры, предложенной Ньютоном еще в конце 17 века.

Процедура Ньютона заключается в следующем.

1. Сначала обоснованно выбирается предполагаемое значение неизвестного параметра x и подставляется в уравнение.
2. Затем определяется остаток между исходным значением правой части уравнения и получившимся в результате подстановки.
3. Разница между начальным значением x и остатком используется для нахождения следующего наилучшего значения x .
4. Процесс нахождения наилучшего значения x продолжается до тех пор, пока остаток не станет достаточно малым. Величина остатка выбирается заранее до решения уравнения.

Каждый шаг подбора нового значения x называется итерацией. Решение уравнений методом Ньютона основано на выборе начальных значений параметров и последующем вычислении производных. Соответствие полученного остатка заданному называется сходимостью итерационного процесса, а заданный остаток – критерием схождения.

Данный метод эффективно применяется в системе Раша в процессе нахождения значений неизвестных параметров при максимуме правдоподобия ответов.

Рассмотрим основное уравнения модели Раша. Оно определяет вероятность ключевого ответа испытуемого n на пункт i как экспоненциальную функцию от разности между уровнем диагностируемого

конструкта у этого испытуемого (β_n) и трудности пункта, на который данный испытуемый дает ответ (δ_i). Если ответ испытуемого на пункт обозначить как X_{ni} , то общее уравнение вероятности любого ответа на дихотомический пункт будет иметь вид
$$P\langle X_{ni} | \beta_n, \delta_i \rangle = \frac{\exp X_{ni}(\beta_n - \delta_i)}{1 + \exp(\beta_n - \delta_i)}$$

Данное уравнение оценивает вероятность ответа одного испытуемого на один пункт теста. Как видно, эта вероятность определяется разностью двух неизвестных параметров: выраженности конструкта β_n у испытуемого и трудности δ_i пункта, на который дается ответ. Задача состоит в нахождении этих неизвестных параметров не только для данного конкретного ответа, но и для всех ответов испытуемых на все пункты теста. Для выполнения этой задачи необходимо определить правдоподобие все полученной матрицы ответов. Матрица ответов имеет вид таблицы, в которой строки соответствуют испытуемым, а столбцы - пунктам. В ячейках находятся ответы испытуемых. Вероятность матрицы ответов является произведением всех вероятностей ответов в матрице.

Для того чтобы, трансформировать оценки по тесту в объективные независимые измерения необходимо найти неизвестные параметры β_n и δ_i , при которых наблюдаемые вероятности ответов имеют максимальную правдоподобность. Решение поставленной исследовательской задачи осуществляется путем нахождения первой производной уравнения правдоподобия по β_n и по δ_i отдельно для каждой наблюдаемой вероятности ответа. Затем уравнения первой производной приравниваются к нулю, поскольку решение функции, равной нулю, соответствует ее крайнему значению (максимуму или минимуму). После этого выполняется вычисление второй производной по каждому из неизвестных параметров с целью нахождения их оценок для решения, соответствующего максимальному значению (так называемый тест второй производной). Если вторая производная получает отрицательное значение, значит функция правдоподобия достигла своего максимума в этой точке.

Перед применением процедуры Ньютона следует определить начальные значения неизвестных параметров. Эти начальные значения будут использованы для проведения первой итерации. Алгоритм Ньютона не требует определенных начальных значений. Они могут быть любыми. Однако итеративный процесс сойдется быстрее, если начальные значения будут выбраны так, чтобы они не сильно отличались от конечных наилучших значений, соответствующих максимальному правдоподобию данного конкретного паттерна ответов.

В конце процедуры Ньютона завершается большой итерационный цикл. На выходе предоставляются улучшенные оценки трудностей пунктов и мер выраженности конструкта. Проверяется соблюдение условия конвергенции для всех оценок. Если это условие не соблюдается, тогда большой итерационный цикл повторяется. В качестве исходных оценок трудности и мер конструкта используются оценки, полученные в результате предыдущего цикла. Большой цикл повторяется до тех пор, пока для всех оценок не будет соблюдаться условие конвергенции. В этом случае будут получены оценки трудности и мер выраженности конструкта, соответствующие максимальному правдоподобию полученных данных. В результате конвергенции итерационного процесса для каждой общей оценки по тесту, привязанной к определенному паттерну ответов, устанавливается эквивалентная мера выраженности измеряемого психологического конструкта, выраженная в логитах. После построения равноинтервальной измерительной шкалы запускаются процедуры оценки качества соответствия построенной шкалы наблюдаемым данным и рассчитывается сепарационная статистика.

НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ИХ СВЯЗЬ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ФУНКЦИЯМИ

Ассанович М.А.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

В последние годы в литературе появляется все больше новых и интересных данных, показывающих нейробиологические структурно-функциональные эффекты психотерапии. В данной статье мы покажем, как эти эффекты связаны с психологическими функциями, находящимися в фокусе психотерапевтического вмешательства.

Нейробиология психотерапии базируется на концепции нейропластичности. Реагирование на сигналы окружающей среды обуславливается синаптической и несинаптической пластичностью. Нервная система функционирует в виде постоянных микроструктурных изменений. Установлено, что вслед за повреждением мозга активируется так называемое кортикальное переназначение, заключающееся в формировании новых нейрональных структурных связей и восстановлении нарушенных функций. Образование новых нейронов происходит в течение жизни в субкортикальных областях головного мозга, включая гиппокамп, обонятельные луковицы и мозжечок. Возможно, нейрогенез происходит и в других субкортикальных зонах. Феномен нейропластичности заключается в структурной перестройке головного мозга в ответ на внутренние и внешние стимулы. Этот феномен проявляет себя во время любой деятельности человека, а также в результате биологического лечения. В последние десятилетия обнаружено, что феномен нейропластичности лежит в основе психотерапевтических изменений. Нейропластические процессы обуславливают психотерапевтические изменения в следующих основных психологических функциях: обучение, память, внимание, привязанность.

Обучение

Обучение включает в себя приобретение и изменение знаний, совершенствование мышления, эмоциональных проявлений и поведения. Проблемные неадаптивные мысли, чувства и поведенческие реакции находятся в фокусе психотерапии. В связи с этим техники психотерапии содержат значительную долю обучения пациента. Терапевт предоставляет пациенту информацию о его состоянии, обучает его новым навыкам взаимодействия и поведения. С другой стороны терапевт может создать условия для пациента, предназначенные для того, чтобы помочь ему забыть имеющиеся неадаптивные реакции (например, фобические реакции на нейтральные стимулы). На нейробиологическом уровне обучение является прямым результатом нейропластичности, причем чаще всего в форме синаптической пластичности. Психотерапевтическое вмешательство направлено на повышение нейропластичности не только посредством обучения адаптивным навыкам, но и путем создания оптимальной атмосферы для такого обучения.

Память

Память представляет собой процесс кодирования, хранения и поиска информации. Память тесно связана с обучением. Существует несколько классификаций памяти. Применительно к настоящей теме имеет значение разделение памяти на эксплицитную и имплицитную. Эксплицитная память содержит информацию, которая может быть доступной сознанию. Эта информация включает личный опыт, общие факты и понятия. Имплицитная память включает информацию о неосознаваемом предыдущем опыте. Однако этот опыт оказывает влияние на поведение и деятельность индивида. Действие имплицитной памяти может проявляться в случаях, когда индивид ведет себя определенным образом на основе предыдущего неосознаваемого опыта. Также имплицитная память содержит информацию о процедурных навыках, которые индивид может выполнять, не задумываясь о том, как это

нужно делать. К таким общим навыкам относятся повседневные действия, например, чистка зубов, езда на велосипеде, одевание и т.д.

Имплицитная и эксплицитная формы памяти играют значимую роль в патогенезе различных психических расстройств. В частности, развитие ПТСР связано с нарушениями в эксплицитной памяти. В патогенезе расстройств настроения, тревожных расстройств и расстройств личности имеет значение имплицитная память. Психотерапия направлена на восстановление эксплицитной и модификацию имплицитной памяти. В процессе психотерапии неосознаваемые части имплицитной памяти переходят в разряд эксплицитной.

Установлено, что недавно полученная информация сначала сохраняется в оперативной памяти до 30 секунд, в фонологической петле, в визуально-пространственной зоне или в эпизодическом буфере. Оперативная (рабочая) память связана с нейrocиркуляторным кругом с участием префронтальной и теменной коры. Острый или хронический стресс приводит к снижению активации префронтальной коры и нарушению функциональных связей, что негативно сказывается на состоянии оперативной памяти и обучения.

После ухода из оперативной памяти, вновь образующиеся эксплицитные воспоминания проходят синаптическую консолидацию в гиппокампе. Основная функция гиппокампа состоит в долгосрочном потенцировании информации. Это потенцирование представляет собой нейропластический феномен улучшения передачи импульсов между нейронами в результате повторяющейся одновременной стимуляции. Синаптическая консолидация сформированных воспоминаний может длиться несколько часов. Практическое значение имеет тот факт, что амигдала (эмоциональный центр) проецирует свои пути в гиппокамп. Гормоны стресса, которые оказывают действие на амигдалу, могут через нее снижать или усиливать активность гиппокампа, тем самым сказываясь на состоянии памяти. Нарушение концентрации нейромедиаторов в синаптической щели также может влиять на синаптическую консолидацию в гиппокампе.

Примерно в течение недели после наступления синаптической консолидации, воспроизведение информации в эксплицитной памяти целиком и полностью зависит от сохранности гиппокампа. Гиппокамп является одной из областей мозга, в которой нейрогенез происходит в течение всей жизни. Область гиппокампа характеризуется очень высокой нейропластичностью, и этим обуславливается высокая способность как к кодированию, сохранению, так и к воспроизведению новых воспоминаний.

После закрепления информации в гиппокампе включается механизм системной консолидации, посредством которого воспоминания выводятся из гиппокампа в другие области головного мозга, освобождая «мощности» гиппокампа для обработки новой информации.

Системная консолидация продолжается в течение нескольких лет и десятилетий. В ходе этого процесса информация воспоминаний перемещается из гиппокампа в корковые зоны. Активность гиппокампа облегчает процесс перехода. Отдельные специфические репрезентации воспоминаний сохраняются в модально-специфичных областях коры и прочно связываются друг с другом. Со временем различные репрезентации настолько сильно связаны, что способны воспроизводиться уже без участия гиппокампа. Считается, что воспоминания, касающиеся личного опыта, связаны с функционированием гиппокампа. Воспоминания, относящиеся к общим фактам и понятиям, не задействуют гиппокамп.

Консолидация имплицитных воспоминаний не связана с гиппокампом. Имплицитная память консолидируется в областях экстрапирамидной системы (базальных ганглиях, амигдале), а также в мозжечке.

Механизм действия психотерапии в контексте функции памяти включает реконсолидацию воспоминаний. В процессе психотерапии воспоминания изменяются и проходят повторную консолидацию. В результате происходит реструктуризация личного опыта пациента.

Внимание

Внимание подразумевает способность фокусироваться на какой-либо цели. При этом внимание обладает устойчивостью к влиянию внутренних и внешних стимулов. Неспособность регулировать свое внимание в соответствии со своими целями и желаниями является одним из факторов развития психических расстройств. Неврологический субстрат функции внимания включает дорсолатеральную префронтальную кору, переднюю поясную извилину, орбитофронтальную кору. Кроме того, в процессах внимания участвуют и подкорковые зоны. Механизм психотерапевтического действия по отношению к функции внимания заключается в тренировке устойчивости внимания с помощью, например, медитативных техник. Установлено, что медитация способствует возрастанию нейропластичности тех областей головного мозга, которые ответственны за функцию внимания.

Привязанность

Привязанность представляет собой психологический конструкт, включающий две дихотомические позиции: поиск/избегание эмоциональной интимности и ожидание принятия/отвержения другими. Различают безопасный и небезопасный тип привязанности. Безопасная привязанность содержит поиск интимности и ожидание принятия. Небезопасная привязанность, напротив, включает избегание интимности и ожидание отвержения другими. Небезопасная привязанность является значимым фактором развития различных психических расстройств. Установлено, что лица, имеющие незащищающий тип привязанности, демонстрируют нетипичную активацию префронтальных отделов головного мозга в ответ на социальные и эмоциональные стимулы. В ряде исследований показано, что незащищающая привязанность снижает способность к обучению и ухудшает память посредством снижения долговременного потенцирования информации. В процессе психотерапии незащищающая привязанность трансформируется в защищающую. В результате снижается нетипичная

активация префронтальных отделов мозга и улучшается кортико-лимбическая интеграция.

Таким образом, психотерапия вызывает биологические изменения в головном мозге. Нейробиологические эффекты психотерапии носят комплексный нейропластический характер, улучшая интеграцию таких функций как обучение, память, внимание и привязанность.

ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Ассанович М.А., Ассанович М.В.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Научное изучение диссоциативных расстройств берет начало в 19 веке в неврологической клинике Ж. М. Шарко. Первоначально диссоциативные расстройства назывались «истерией», «истерическим неврозом», затем «конверсионной истерией».

Научное описание данных расстройств впервые было представлено французским врачом и психологом, основоположником французской школы психотерапии П. Жане в 1920 г. Он назвал это расстройство как «психическая дезагрегация», имея ввиду «отделение» части психической деятельности от основной тенденции, присущей целостной личности. Жане представил свою теорию диссоциативного расстройства или истерии, как это расстройство тогда называлось. Эта теория базировалась на трех психологических моделях.

- Первая, иерархическая модель рассматривала диссоциативные симптомы как проявления низшего психического слоя в общей иерархии психических процессов. Подобные проявления можно наблюдать, например, при сомнамбулизме.
- Вторая модель психологических систем рассматривала истерические проявления с точки зрения утраты интеграции. Нарушение

психологической интеграции способствовала порождению так называемых «фикс-идей», которые образовывали вокруг себя свою психологическую систему, изолированную от личности.

- Третья, экономичная модель описывала истерические проявления как результат истощения психологической силы, которая обеспечивала баланс с психологическим напряжением. Истощение психологической силы происходит под влиянием эмоциональной травмы. Жане первым обратил внимание, что психологическая травма является основной причиной истерии.

Исследования Жане имеют безусловный интерес в контексте современного понимания этиопатогенеза и клиники диссоциативных расстройств. Однако в начале 20 века они были поглощены психоаналитическими исследованиями истерии, инициированным З. Фрейдом.

Фрейд проходил стажировку в клинике Шарко, где обучался использованию гипноза в лечении истерии. Позже совместно с Й. Брейером он изучал истерию в рамках клинического случая Анны О. Феномен диссоциации они рассматривали как гипнотическое состояние. Позже Фрейд относил диссоциацию в разряд механизмов психологической защиты, связывая ее с базовым механизмом невротической защиты – репрессией.

Психоанализ расценивал диссоциативные проявления как глубинные трансформации прошлого травматического опыта, погруженного в бессознательное. Значение актуальной психотравмы в патогенезе диссоциативных расстройств, на что обращал внимание П. Жане, отвергалось Фрейдом и другими представителями психоанализа.

После второй мировой войны в психиатрии опять возник интерес к этиологической роли психотравмирующих ситуаций. Это было обусловлено высокой частотой военных «травматических неврозов» и наличием диссоциативных симптомов у многих бывших узников концентрационных лагерей.

В 1970-е годы отмечалась очередная волна интереса к влиянию психотравмы в связи с развитием феминистского движения и озабоченностью его представительниц сексуальным насилием в отношении детей, высокой частотой сюжетов с множественным расстройством личности в литературе и кинофильмах, а также выделением посттравматического стрессового расстройства у ветеранов вьетнамской войны. Под влиянием перечисленных факторов Хилгард (1971 г.) разработал недиссоциативную теорию, которая возрождала интерес к диссоциативным расстройствам не в традиции психоанализа, а с позиции П. Жане.

Хилгард рассматривал функционирование личности не в вертикальном, как Фрейд, а в горизонтальном разрезе. Согласно этой модели механизм диссоциации связан с амнезией, которая разъединяет психический опыт в горизонтальной плоскости. Травматический опыт не погружается в бессознательное, затем подвергаясь симптоматической трансформации или конверсии. Он изолируется от основного потока сознания посредством амнестического барьера. При этом все части опыта в разъединенном виде присутствуют на одном горизонтальном уровне, что делает их потенциально доступными сознанию. Диссоциированная часть опыта имеет ограниченный характер и локализована пределами актуальной психотравмы. В этом состоит отличие модели Хилгарда от психоаналитического подхода, в котором погруженный в бессознательное травматический опыт имеет диффузный характер, включающий различные конфликты, травмы, потребности, импульсы и т.д.

Диссоциированная информация изолируется в неизменной виде, не подвергаясь какой-либо трансформации. В отличие от психоаналитической теории диссоциированный опыт по Хилгарду лишен символического смысла. Возвращение изолированной от личности информации может быть достигнуто прямым и непосредственным путем. Основная цель психотерапии диссоциированных пациентов состоит в ликвидации защитного барьера и

достижении психологической интеграции. Средством прямого доступа к диссоциированной информации может служить гипноз.

Современные подходы к исследованию этиопатогенеза диссоциативных расстройств базируются на когнитивных моделях параллельно распределенного процессинга (PDP- модели).

Данная модель представляет организацию процессов обработки информации на основе принципа «снизу-вверх» в виде нейрональных сетей. В нейрональных сетях информация обрабатывается путем вычисления частоты совместной встречаемости входных стимулов. На основе оценки этих частот осуществляется формирование категорий. Категория строится из часто совместно встречающихся в процесс обработки входных единиц информации. Выход одной сети является входом для другой. Таким образом проводится интеграция всех нейронных сетей в единую сеть, в которой циркулируют паттерны импульсов возбуждения и торможения.

Сетевая организация процессов обработки информации позволяет распознавать и обрабатывать большие объемы информации. Однако чрезмерная сложность такой организации обуславливает ее уязвимость к сбоям и нарушениям интеграции. В частности, травматическая информация на входе может расбалансировать сетевые процессы обработки информации таким образом, что часть первичных сетей не способны функционировать в унисон с общей направленностью паттернов активации и торможения. Они начинают функционировать автономно, обуславливая состояние диссоциации. Единство информационных процессов нарушается.

Диссоциированные сети контролируют часть сознания, нарушая его интегрированность и вызывая трудности обеспечения единства связи входной информации, процессов обработки и исполнительных механизмов. Таким образом, согласно современным моделям нарушения распределенного параллельного процессинга при диссоциативных расстройствах наступает когнитивно-структурная диссоциация процессов обработки информации.

С помощью исследовательской модели Вильямса (2006) можно объяснить механизм, посредством которого диссоциированная память вызывает неосознанные реакции страха и паники после действия психической травмы. В этой модели с помощью функциональной магнитно-резонансной визуализации показано, что одни и те же зоны головного мозга активируются как в случае сознательного реагирования на тревожные сигналы, так и в случае неосознанных реакций страха. Уровень осознания тревожных сигналов зависит от типа функциональных связей в амигдаллярной области. Осознание тревожных стимулов ассоциировано с негативными влияниями кортикальных и субкортикальных функциональных путей на амигдалу. Неосознанные реакции на тревожные сигналы, в свою очередь, связаны с позитивными влияниями прямых подкорковых путей на амигдалу. Данные пути проводят возбуждающие опережающие импульсы, достаточные для формирования автоматических реакций на неосознанные тревожные стимулы. Таким образом, диссоциированная амигдаллярная область может совершенно автономно, без участия сознания обуславливать тревожные реакции.

Помимо теории параллельного процессинга и дисфункции амигдалы в патогенезе диссоциативных расстройств играют роль нарушения памяти.

Современные исследования памяти выявляют две большие категории памяти: эксплицитную (эпизодическую) и имплицитную (семантическую). Фактически речь идет о двух системах памяти, которые отвечают за разные функции. Эксплицитная память отвечает за воспроизведение личного опыта, связанного со своим «я». Имплицитная память хранит информацию о повседневных рутинных действиях. Эти рутинные операции могут выполняться на высоком профессиональном уровне, однако без осознания техники их выполнения и того, как индивид научился их выполнять.

Каждая из систем памяти имеет свою анатомическую локализацию. Эпизодическая (эксплицитная) память локализуется в лимбической системе, в области гиппокампа и сосцевидных тел. Имплицитная (процедурная,

семантическая) память связана с базальными ганглиями и корковыми областями.

Фундаментальные различия между этими двумя типами памяти могут объяснять механизм формирования диссоциативных симптомов, проявляющихся в виде амнезии, сложных автоматизированных действий, расстройств идентичности. Нарушения функционального обмена между имплицитной и эксплицитной системами памяти приводят к формированию автономных процедурных паттернов, которые не идентифицируются с личностью индивида.

Еще одна интересная модель, описывающая патогенез диссоциативных расстройств, разработана Меаресом (1999 г.). Согласно этой модели травматические воспоминания качественно отличаются от обычных воспоминаний. Я-концепция имеет двойственную организацию, включающую психическую жизнь и ее осознание субъектом. Психическая травма вызывает разъединение психической жизни и ее рефлексии. Травматическое разъединение вызывает определенные последствия. Осознание касается только текущих событий психической жизни. Травматический опыт «записывается» в имплицитную систему памяти и становится недоступным осознанию. Травматический агент и травмированный субъект сливаются в один блок, который не интегрируется в «я» субъекта, а остается автономным. В результате нарушается осознание смысла травматического события. Травматический опыт не поддается сознательной когнитивной переработке, отношение к травматическому событию детерминировано неконтролируемыми эмоциональными влияниями.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что современные теории развития диссоциативных расстройств генетически близки не психоаналитическим взглядам на развитие данных психических расстройств, а теории «психической дезагрегации» П. Жане, предложенной еще до расцвета психоанализа.

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ДИНАМИКЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Ассанович М. В.

*Гродненский государственный медицинский университет
г. Гродно, Республика Беларусь*

Существующие современные dimensionальные модели шизофрении и близкое появление МКБ-11 ставят специалистов в области психиатрии перед необходимостью количественного оценивания выраженности психопатологических конструктов у каждого пациента, страдающего данным расстройством. С этой целью перспективно использование адаптированных современных шкал SAPS, SANS, PSYRATS, DSR, BAVQ-R, представляющих собой инструменты оценки изменения состояния пациента в динамике терапевтического процесса.

Оценка клинического эффекта в процессе фармакотерапии включает в себя как минимум два обследования пациента с помощью одной и той же клиничко-метрической шкалы. Первое обследование производится в начале терапии, повторное обследование - через определенный промежуток времени. В обоих случаях в качестве оценочного критерия используется общая суммарная оценка по шкале. Далее оценивается величина различий между первичной и повторной оценками. Однако, основной вопрос, на который следует ответить в процессе оценивания, заключается в том, связана ли разница между оценками с реальными изменениями или она обусловлена случайной ошибкой измерения. К сожалению, на сегодняшний день ни одна клиническая шкала оценки выраженности симптомов шизофрении, используемая в Республике Беларусь, не обладает измерительными характеристиками, которые позволили бы определить, с чем связаны различия в суммарных баллах при повторных исследованиях. Многие пользователи клинических шкал вообще не подозревают о том, насколько неточные или ложные результаты они могут получить, игнорируя измерительные правила использования клиничкометрических шкал в

психиатрии. Многие воспринимают клинические шкалы как медицинские диагностические инструменты, забывая о том, что оценка выраженности психопатологических симптомов построена на совсем иных принципах измерения по сравнению с медицинской инструментальной или лабораторной диагностикой. Главное отличие состоит в том, что оценка выраженности психопатологических симптомов подчиняется законам психометрического исследования. Это означает, что суммарная оценка по шкале не имеет прямой эквивалентной связи с тем уровнем выраженности психопатологии, который по идее должен соответствовать данной оценке. В эту связь всегда вмешивается ошибка измерения. Отсюда интерпретация полученной шкальной оценки должна проводиться с учетом ошибки измерения. В психометрике в качестве переменной, описывающей величину ошибки измерения, используется стандартная ошибка измерения (SEM). Данная переменная связана с дисперсией оценки по шкале и надежностью шкалы: $SEM = SD\sqrt{1-r}$, где SD – среднее квадратичное отклонение суммарной оценки, r – надежность шкалы. Таким образом, для того чтобы оценить меру ошибки измерения в оценке выраженности психопатологической симптоматики, следует знать величину надежности шкалы и параметры распределения оценок в популяции. Возникает вопрос: владеет ли подобной информацией кто-либо из пользователей рейтинговых шкал оценки выраженности психопатологической симптоматики? Многие пользователи даже не подозревают о том, что такая информация вообще существует или должна быть указана в руководстве к методике. Вместе с тем, именно величина ошибки измерения показывает, насколько мы можем доверять полученным оценкам и баллам. Особую значимость данный вопрос имеет для оценки выраженности симптомов в динамике терапии. Повторные исследования проводятся в иных временных, а зачастую и пространственных условиях, что предъявляет особые требования к точности получаемых результатов.

В последние десятилетия в клинической психометрике разработан показатель, который дает возможность оценить реалистичность разницы в оценках при повторных использованиях клинических шкал для измерения выраженности психопатологических симптомов. Данный индекс получил название «Индекс надежности изменений» (RCI). Он был разработан американскими исследователями Jacobson и Truax в 1991 году в ходе исследования эффективности психотерапии. RCI по сути представляет собой величину разницы между повторной и первичной оценками, стандартизованную по стандартной ошибке этой разницы. Математически данный индекс можно представить следующим образом: $RCI = \frac{\Delta X}{SEM_{dif}}$, где ΔX – величина разницы между оценками, SEM_{dif} – стандартная ошибка измерения разницы.

Как интерпретируется RCI? Для ответа на этот вопрос следует понять сущность этого индекса. По сути, он показывает, сколько стандартных ошибок измерения находится в величине разницы между оценками. Совершенно очевидно, что если величина SEM_{dif} будет превышать величину различий между первичной и повторной оценками, то это означает, что величина различий меньше ошибки измерения этих различий. Естественно, в этом случае, ни о каких изменениях в выраженности симптоматики речи не идет, поскольку наблюдаемые различия объясняются ошибкой измерения. В связи с этим возникает вопрос: существуют ли точные критерии оценки величины индекса RCI, которые бы достоверно могли говорить о том, реальны различия или случайны?

К сожалению, однозначных критериев нет, поскольку оценка различий в выраженности психопатологической симптоматики подчиняется законам измерения латентных переменных. Измерение латентных переменных носит вероятностный характер. Поэтому для интерпретации значения RCI можно предложить только вероятностные критерии, которые показывают, с какой долей вероятности можно интерпретировать значение этого индекса как

показателя реальных различий в оценках. Для того, чтобы выделить эти вероятностные критерии, следует принять допущение классической теории измерений о нормальном распределении ошибок измерения. В этом случае значение индекса RCI аппроксимируется z-распределением. Как известно, в медицинских и клинических исследованиях принято доверять данным, имеющим вероятность воспроизведения не менее 95%. При аппроксимации к z-распределению 95%-ой вероятности соответствует значение z-оценки, равной 1.96. Отсюда следует, что если принять в качестве вероятностного порога реалистичности изменений порог, равный 95%, то пороговым значением индекса RCI будет значение, равное 1.96. Обращаясь к сути данного индекса можно сказать, что если величина разницы между оценками будет превышать стандартную ошибку этой разницы в 1.96 раза и более, то с 95%-ой вероятностью можно утверждать, что различия в состоянии пациента носят реалистичный характер и, скорее всего, связаны с действительным изменением выраженности психопатологической симптоматики.

В заключение отметим, что индекс RCI представляет собой перспективный показатель научно-обоснованной оценки клинических изменений в динамике психофармакотерапии. Отсюда вытекает необходимость расчета данного индекса для каждой клинко-психометрической шкалы оценки выраженности симптомов. В таком случае клиницист всегда сможет с достаточно высокой степенью точности оценить реалистичность наблюдаемых клинических изменений.

ПРИМЕНЕНИЕ КАТАТИМНО-ИМАГИНАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПСИХОДЕРМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

¹Байкова И.А., ²Шилова Н.П.

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования

²Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека

¹г. Минск, Республика Беларусь

²г. Гомель, Республика Беларусь

Имагинативная фаза символдрамы характеризуется состоянием психофизиологического расслабления пациента. Такое состояние пациента – хорошая предпосылка для лечения или корректировки психосоматических заболеваний. Имагинация предполагает расслабление и визуализацию образов, а также, регулярную самостоятельную домашнюю работу пациентов по представлению этих образов. При представлении образов рекомендуется специальный мотив «Интроспекция внутрь своего тела». Пациенту предлагается посмотреть все части своего тела как будто через прозрачную оболочку, при этом пациент представляет и свой поврежденный орган. В процессе интроспекции используются элементы креативной визуализации: представление «лечения органов». При этом символически совершается важный для лечения психосоматических больных шаг: принятие пациентом собственной болезни и ее последствий. Работа обязательно продолжается дома. Пациенты ежедневно работают самостоятельно, опираясь на то, что было проработано с психотерапевтом в ходе сеанса. Это осуществляется на основе внимательного отношения к себе. По словам немецкого психотерапевта Вольфганга Леша выполнение домашнего задания позволяет «вчувствоваться в свое тело и найти свой путь исцеления».

Психодерматология одно из наиболее актуальных направлений современной медицины. Частота психических расстройств, коморбидных кожным заболеваниям, колеблется в пределах 15-30%. Рецидивирующий простой герпес (РПГ) – заболевание вирусной этиологии с локализацией

поражений на коже и слизистых человека. Частые обострения герпетической инфекции (более 6 раз в год) способствуют изменениям в психоэмоциональной сфере. Психогенно провоцируемые рецидивы простого герпеса встречаются в 30-50% случаев. Психосоматический характер РПГ предполагает необходимость применения наряду с медикаментозной терапией и психотерапии. Целью применения кататимно–имагинативной психотерапии при лечении РГИ является расширение представлений человека об его заболевании, причинах его возникновения и повышение мотивации пациентов при проведении лечения.

Цель: обосновать применение кататимно–имагинативной психотерапии в психодерматологии, оценить динамику психоэмоционального состояния у пациентов с психодерматологическим заболеванием на примере лечения герпетической инфекции.

Материал и методы исследования

Проведено исследование 78 пациентов с РПГ, из них 7 мужчин (9%) и 71 женщина (91%), средний возраст составил 34 лет. Исследуемые случайным образом были распределены на две группы, которые значимо не отличались между собой по возрасту и полу:

1-я (основная) группа включала 46 человек, из них 3 мужчин и 43 женщины, средний возраст 35 лет. Пациенты этой группы помимо медикаментозной терапии (включающей иммунотерапию и противовирусную терапию) проходили психотерапию.

2-я (контрольная) группа – 32 человека, из них 4 мужчин и 28 женщин, средний возраст 31. Пациенты получали только медикаментозное лечение: иммунотерапию и противовирусную терапию.

У всех пациентов анализировались результаты обследований, подтверждающие отсутствие соматической патологии.

Оценка психоэмоционального статуса обследованных пациентов проводилась при помощи:

1. разработанного авторами анкеты-вопросника, включающего вопросы об анамнезе, длительности заболевания, длительности обострений, характера высыпаний, связи обострения РПГ с текущими стрессовыми событиями, изменении фона настроения при обострении РПГ и др.;
2. методики госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, предназначенной для выявления и оценки тяжести тревоги (HADS A) и депрессии (HADS D) [9];
3. личностного опросника Бехтеревского института ЛОБИ, который позволяет определить тип отношения к болезни и других, связанных с ней личностных отношений пациентов с хроническими соматическими заболеваниями;

Для статистического анализа данных использовалось прикладное программное обеспечение Statistica, (StatSoft, USA), версия 6.0. Ввиду распределения данных выборок отличающегося от нормального, сравнительный анализ между двумя зависимыми группами – с использованием критерия Вилкоксона, представленные в виде медианы и 25-го и 75-го квартилей (Me (Q_{25} ; Q_{75})).

Результаты исследования

Психотерапия, помимо кататимно–имагинативной работы, также включала в себя когнитивную психотерапию и биологическую обратную связь. Проведение когнитивной психотерапии позволяло сформировать рациональные представления о своей болезни. Применение биологической обратной связи способствовало обучению состоянию психовегетативного расслабления. Сочетание этих методов облегчало проведение кататимно–имагинативной психотерапии.

Терапевтическая эффективность различных способов лечения оценивалась через 9-12 месяцев по динамике психопатологических показателей и изменению структуры жалоб и симптомов проявления РПГ. По исходным показателям терапевтические группы были сопоставимы.

Нами была изучена динамика характера реагирования на наличие заболевания. По результатам повторного тестового обследования через 9-12 месяцев после проводимого лечения у пациентов, прошедших психотерапию адаптивных типов реагирования на заболевание стало значимо больше ($\chi^2=3,18$, $p=0,039$), чем среди пациентов, лечившихся только медикаментозно ($\chi^2=0,14$, $p=0,7$). Динамика характера типа отношения к болезни представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика характера типа отношения к болезни

Характер реагирования	Основная группа				Контрольная группа			
	до лечения	после лечения	χ^2	р	до лечения	после лечения	χ^2	р
Адаптивный	4	14	3,18	0,039	3	5	0,14	0,706
Дезадаптивный	18	13	1,22	0,270	13	11	0,27	0,606
смешанный	24	19	0,17	0,677	16	16	0,00	1,000

Полученные результаты свидетельствуют о формировании благоприятных адаптивных психологических типов реагирования на заболевание на фоне проводимой психотерапии.

При проведении исследования нами было установлено, что у 72% пациентов с РПГ выражена тревожная симптоматика и у 49% – депрессивная симптоматика. Определение динамики уровней тревожной и депрессивной симптоматики в процессе лечения у пациентов в основной и контрольной группах проводилось по шкале HADS. Полученные данные представлены в таблице 2 и таблице 3.

Таблица 2 – Динамика тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с РПГ основной группы по данным годового катанеза (критерий Вилкоксона)

Шкала	Основная группа		
	до лечения	после лечения	Р
	Me (Q ²⁵ ; Q ⁷⁵)	Me (Q ²⁵ ; Q ⁷⁵)	
HADSA	11,5 (9;13)	6,0 (5,0; 7,0)	<0,001
HADSD	8,5 (7;11)	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001

Таблица 3 – Динамика тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с РПГ контрольной группы по данным годового катамнеза (критерий Вилкоксона)

	Контрольная группа		
	до лечения	после лечения	P
	Me (Q ²⁵ ; Q ⁷⁵)	Me (Q ²⁵ ; Q ⁷⁵)	
HADSA	10 (8; 14,5)	8,5 (8,0; 12,0)	0,006
HADSD	8,5 (5,5; 11)	8,0 (5,5; 9,0)	0,089

Нами было выявлено, что статистически значимое снижение симптомов тревоги ($p < 0,001$) и депрессии ($p < 0,001$) происходило только в основной группе. В контрольной группе отмечалось значимое снижение проявления симптомов тревоги ($p = 0,006$). Значимого снижения уровня депрессивной симптоматики в контрольной группе нами не было выявлено.

В процессе лечения менялась клиническая картина заболевания. Так, в основной группе значимо реже стали проявляться обострения герпетической инфекции, множественный характер высыпаний, снизилась длительность обострений ($p < 0,05$). То есть, выявлена тенденция к снижению клинических проявлений РПГ. Эффективность медикаментозной терапии у пациентов контрольной группы оценивалась по значимому снижению частоты обострений РПГ ($p = 0,006$) после проведенного лечения.

Заключение. Таким образом, применение психотерапии и регулярная самостоятельная домашняя работа пациентов по визуализации образов способствуют формированию адаптивного типа отношения к болезни, что может указывать на осознание причин возникновения, а также возможных вариантов лечения герпетической инфекции. Проведение психотерапии улучшает клиническую картину течения болезни и способствует снижению проявлений тревожно–депрессивной симптоматики.

СЕКСУАЛЬНАЯ СФЕРА ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Бердова Е. В., Копытов А.В.

*Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь*

Сексуальное здоровье людей в силу высокой личностной значимости не менее важно, чем их физическое здоровье. Расстройства сексуального здоровья ограничивают репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в паре, нарушают стабильность брака, отрицательно влияют на душевное равновесие и работоспособность, что может привести к попыткам избавиться от тягостного состояния при помощи наркотических средств. В то же время наркотическая зависимость может вызывать ухудшение сексуального здоровья, что еще больше усугубит тяжелое душевное состояние зависимой женщины и отдалит возможную перспективу выздоровления.

Проблема наркомании в настоящее время является одной из важнейших медико-социальных проблем. Количество больных наркоманией, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь на конец 2012 года, составило 11814 человек, что на 942 человека больше, чем на конец 2011 года, и на 3756 человек больше, чем в 2009 году. При этом среди потребителей наркотических средств по состоянию на 2012 год лиц женского пола 2560 человек (24,5% от всех лиц, состоящих на диспансерном учете).

О широкой распространенности сексуальных проблем у лиц женского пола можно судить по данным одного из наиболее репрезентативных исследований сексуального поведения в США, проведенного в рамках "Программы обзора здоровья и социальной жизни", в ходе которого было установлено отсутствие интереса к сексу у 34 % женщин. У 19 % женщин отмечалось недостаточное увлажнение влагалища при половой близости, почти 25 % женщин указали на неспособность достигать оргазма с

партнером, 15 % женщин беспокоили болевые ощущения при коитусе (E. Laumann, J. Gagnon, R. Michel, S. Michaels, 1994).

Учитывая актуальность проблемы, исследование сексуального здоровья женщин, страдающих наркотической зависимостью, и применение полученных данных на практике являются необходимыми для оптимизации профилактических и лечебных мероприятий.

Исследование сексуальной функции у женщин, страдающих наркотической зависимостью, в Республике Беларусь проводилось впервые.

Цель исследования: произвести оценку сексуального здоровья женщин, страдающих наркотической зависимостью, его взаимосвязь с зависимым поведением для оптимизации лечебных и профилактических мероприятий.

Материал и методы

В 2013-2014 гг. проведено комплексное клинико-сексологическое одномоментное поперечное исследование 41 женщины методом случай-контроль. Основную группу составили 24 женщины в возрасте от 23 до 39 лет, находившихся на стационарном лечении в наркологическом отделении ГУ РНПЦ психического здоровья. У всех женщин основной группы отмечались психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, в виде синдрома зависимости – F11.2.

Контрольную группу составили 17 женщин от 19 до 45 лет без наркопатологии.

Критерии включения в основную группу: женский пол, расстройства, вызванные употреблением наркотических средств (F11.2.), наличие опыта сексуальных отношений. Критерии включения в контрольную группу: женский пол, отсутствие наркологической патологии, наличие опыта сексуальных отношений. Средний возраст женщин в основной группе $30 \pm 4,9$ лет, в контрольной группе $27 \pm 6,3$ года. Уровень образования: 50% женщин основной группы имели среднее образование, 71% женщин контрольной группы высшее. 58% женщин основной группы безработные, в

контрольной группе - только 6%. В браке состоят 46% женщин основной группы и 35% контрольной группы. При этом 20% замужних женщин в каждой группе не проживают со своими мужьями.

Все женщины были проинформированы о сути исследования и дали добровольное согласие на участие в нем. На момент обследования у всех лиц основной группы отсутствовало состояние отмены.

Методы исследования: клинико-сексологический и статистический.

В качестве инструментов при клинико-сексологическом методе исследования использовались:

- Опросник супружеской удовлетворенности;
- Методики диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (Б. Е. Алексеев);
- Анкета для оценки женской сексуальной функции (СФЖ), (Т. Ф. Лие);
- Анкета Фридриха-Штарке в модификации проф. В. А. Доморацкого;
- Тест-опросник удовлетворенности браком (В. В. Столин, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко).

Статистическая обработка данных была произведена с использованием программы SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования были получены следующие данные. Для женщин основной группы характерны нерегулярные или полностью прекратившиеся в течение последних лет менструации, в то время как для женщин контрольной группы характерен стабильный менструальный цикл, утрачивающий регулярность только при неблагоприятных факторах. Менструации, всегда сохраняющие свою периодичность, более характерны для женщин контрольной группы – 35% чем для женщин основной группы – 22% ($p < 0,05$).

При анализе данных анкеты для оценки женской сексуальной функции в отношении половой активности установлено: 44% женщин основной группы

половой акт доставляет глубокое удовлетворение всегда, вне зависимости от фазы менструального цикла, в то время как у большинства женщин контрольной группы – 71% – степень наслаждения от полового акта зависит от фазы менструального цикла (рис. 1.). При этом 35% женщин контрольной группы половой акт безразличен и участие в нем происходит без внутреннего побуждения.



Рис. 1. Распределение лиц основной и контрольной групп в зависимости от отношения к половому акту

У 38,78% женщин, страдающих наркозависимостью, обнаружено отсутствие полового влечения. При постоянном или периодически повторяющемся пониженном уровне сексуального желания наблюдается сниженный уровень удовлетворенности супружескими отношениями – в среднем $82,2 \pm 3,4$ балла, что составляет 51,3% от максимально возможного по данной шкале. Из восьми выявленных женщин с отсутствием полового влечения: 1 женщина с низким уровнем удовлетворенности супружескими отношениями (49 баллов), 3 женщины с заниженным уровнем удовлетворенности (в диапазоне 70-88 баллов) и 4 человека со средним уровнем удовлетворенности супружескими отношениями (в диапазоне 95-100 баллов). В контрольной группе женщин с отсутствием полового влечения выявлено не было (рис. 1).

У 17,4% обследованных женщин основной группы и у 6,25% женщин контрольной группы имеется недостаточность генитальной реакции ($p < 0,05$). Наступление оргазма (рис. 2.) примерно в половине всех половых актов характерно для 48% женщин основной группы, в то время как для 53% женщин контрольной группы характерно завершение оргазмом большинства половых актов. Необходимо отметить, что 35% женщин, страдающих наркотической зависимостью, испытывали единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах.

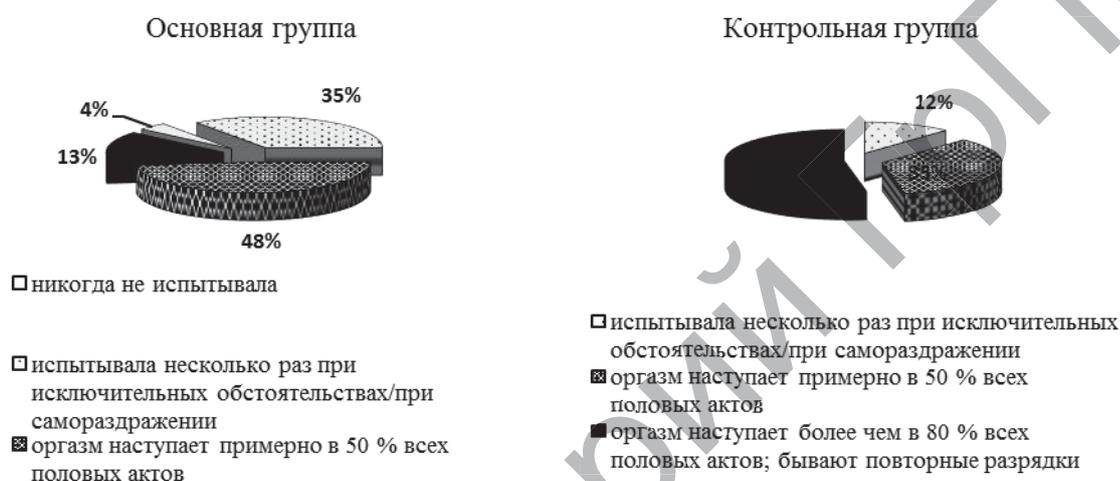


Рис. 2. Распределение лиц основной и контрольной групп в зависимости от наступления оргазма

У 29,2% женщин основной группы и у 11,8% женщин контрольной группы была установлена оргазмическая дисфункция ($p < 0,05$).

При изучении уровня половой активности было выявлено, что 35% женщин, страдающих наркозависимостью, и 65% женщин без наркологической патологии совершают половые акты два раза или несколько чаще в неделю. 22% женщин основной группы совершают половые акты ежедневно (один или несколько раз в сутки). Как видно, несмотря на отсутствие полового влечения и другие, выявленные сексуальные дисфункции, для женщин, страдающих наркозависимостью, характерен высокий уровень половой активности, что свидетельствует об «искусственной» высоте данного показателя. Необходимо отметить, что именно женщины, страдающие наркозависимостью, указывали на то, что закрывают глаза при половом акте, стараясь не смотреть на обнаженного

партнера. Неоспорим тот факт, что нежелательные половые контакты способствуют дополнительной эмоциональной травматизации зависимых женщин, ухудшают их психическое состояние, снижают самооценку и отдаляют возможную перспективу выздоровления. Высокий уровень половой активности для женщин без наркотической зависимости не характерен.

Супружеские отношения приносят скорее беспокойство и страдание 44% женщин, страдающих наркотической зависимостью, и 17% женщин без наркологической патологии ($p < 0,05$). Радость и удовлетворение супружеские отношения приносят только 22% женщин основной группы и 58% женщин контрольной группы ($p < 0,05$).

Чувства, с которыми женщины вступали в брак, ослабли у 78% женщин, страдающих наркозависимостью, и только у 11% усилились. Для женщин контрольной группы характерно усиление чувств у 50% опрошенных, но и ослабление чувств у 42%.

У 78% женщин, страдающих наркотической зависимостью, не все обстоит благополучно с эмоциональной поддержкой в семье, а в контрольной группе таких женщин 40% ($p < 0,05$).

В ходе исследования с помощью метода корреляционного анализа были установлены следующие взаимосвязи. Высокий уровень удовлетворенности семейными отношениями в основной группе достигается:

- за счет качества общения ($r=0,8$);
- за счет количества общения ($r=0,66$);
- за счет удовлетворенности тем, как партнеры тратят деньги ($r=0,7$);
- за счет удовлетворенности сексуальными отношениями ($r=0,5$).

Высокий уровень супружеской удовлетворенности в контрольной группе достигается за счет удовлетворенности тем, как партнеры тратят деньги ($r=0,7$).

Также можно отметить, что чем выше на момент исследования у женщин основной группы индекс кроссполового поведения, тем выше показатель СФЖ, то есть чем более выражены в поведении взрослой

женщины маскулинные черты, тем выше уровень её сексуального здоровья. Данный факт требует дальнейшего изучения, так как, возможно, был получен в результате малого количества лиц в основной и контрольной группах.

Особый интерес представляет следующая установленная закономерность изменения индекса кроссполового поведения по группам и по возрастным периодам.

Индекс кроссполового поведения отражает выраженность кроссполового поведения. При помощи методики диагностики кроссполовых акцентуаций Б.Е. Алексеева возможно определение индивидуального рисунка поведения человека как представителя пола: преобладает в его поведении мужская или женская половая роль. По данным методики измеряется маскулинность и фемининность (М-Ф). М-Ф измерение – функциональная структура психики, в рамках которой обобщаются динамические и приобретаемые содержательные характеристики врожденных программ поведения человека как представителя пола. Выражая изначально активную роль субъекта, М-Ф влияет на диапазон формирующегося на его основе полоролевого поведения. По данным, отображенным на рисунке 3, можно констатировать, что у лиц основной группы наблюдаются более высокие средние показатели шкальных оценок измерения М-Ф и полоролевого поведения, чем у женщин контрольной группы. Более того, поведение, свойственное противоположному полу, отмечается у женщин основной группы с дошкольного возраста, в отличие от женщин контрольной группы.

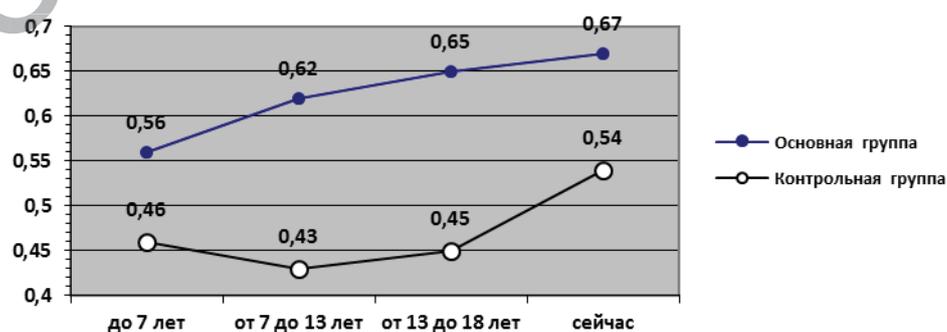


Рис. 3. Возрастная динамика индекса кроссполового поведения

При сравнении возрастной динамики (рис. 3.) прослеживается стабильный рост степени выраженности кроссполового поведения у женщин основной группы в отличие от женщин контрольной группы, у которых этот показатель в возрастных периодах с 7 до 13 лет и с 13 до 18 лет снижается. Превалирование в поведении женщин ОГ маскулинных черт подтверждаются данными о том, что при завязывании контактов с представителями противоположного пола они чаще проявляют высокую активность по сравнению с женщинами без наркозависимости и в их эротических фантазиях чаще имеются представители своего же пола.

Это может быть обусловлено тем обстоятельством, что наркозависимым женщинам приходится выполнять такие мужские функции как добыча средств для удовлетворения своей первичной потребности – потребности в наркотическом веществе. Повышенный уровень активности при завязывании контактов может быть связан с тем, что мужчина для наркозависимой женщины – это источник дохода, источник средств на приобретение наркотиков. Среда наркозависимых – это, в основном, мужская беспринципная среда, вследствие чего у женщин, попадающих в нее, могут изменяться половые акцентуации полоролевого поведения.

Но это не объясняет тот факт, что у женщин, страдающих наркозависимостью, высокие значения шкальных оценок М-Ф измерения присутствуют уже в дошкольном возрасте.

Заключение. У 47,8% женщин, страдающих наркотической зависимостью, и у 12,5% женщин контрольной группы выявлены половые дисфункции ($p < 0,05$).

Среди сексуальных дисфункций у женщин с наркотической зависимостью и без наркопатологии наиболее часто встречались: потеря полового влечения – соответственно, 34,8% и 12,5% ($p < 0,05$), недостаточность генитальной реакции – 17,4% и 6,25% ($p < 0,05$), оргазмическая дисфункция – 30,4% и 12,5% ($p < 0,05$).

При этом наступление оргазма только в половине случаев половых контактов отмечалось у 48% женщин, страдающих зависимостью от наркотических веществ, 35% женщин основной группы испытывали в течение жизни единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах. У 53% женщин без наркопатологии характерно завершение оргазмом большинства половых актов.

Для женщин, страдающих наркотической зависимостью, характерна более выраженная кроссполовая акцентуация по сравнению с женщинами без наркопатологии ($p < 0,05$), что может являться предиктивным фактором в отношении употребления наркотических веществ и/или последующего формирования наркозависимости.

Коррекция сексуальных дисфункций, семейно-супружеских и полоролевых отношений может быть одним из перспективных направлений при разработке вопросов профилактики наркотической зависимости у лиц женского пола.

Ограничения по выводам:

Ответы на поставленные вопросы женщины, страдающие наркозависимостью, давали исходя из того, как это бывает у них «в среднем, в большинстве случаев», а это, в основном, в состоянии наркотического опьянения. И, несмотря на то, что женщинам при опросе объяснялось, как необходимо оценивать свое состояние, погрешность при ответах на вопросы, а, следовательно, и в результатах исследования, не исключена.

ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Гелда А.П., Голубович В.В., Горюшкина

Е.Г., Залеская И.С., Никулина Е.Ю.,

Нестерович А.Н., Роменский А.В., Рунец К.Е., Чернецкая Е.В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
г. Минск, Республика Беларусь*

Одной из наиболее важных медико-социальных проблем в развитых странах мира, включая в Беларуси, является суицидальное поведение, что обуславливает потребность в его многостороннем изучении с целью разработки адаптивных для практического здравоохранения комплекса мер антисуицидальных мероприятий.

Психическая дезадаптация индивидуума в переживаемой кризисной суицидоопасной ситуации под влиянием социальной фрустрированности или социально-стрессовых воздействий формирует высокий риск суицидальной готовности. В качестве меры предохранения задействованы копинг-механизмы, действующие на сознательном уровне и направленные на восстановление нарушенных отношений между социумом и индивидуумом, и механизмы психологической защиты, цель которых заключается в снижении эмоциональной напряженности и предотвращении дезорганизации поведения. В свою очередь, в континууме психологической регуляции противодействия стрессовым суицидогенным факторам определенное значение принадлежит стрессоустойчивости индивидуума, имеющей свои характерные отличия в зависимости от типа суицидального поведения: первичного или повторяющегося.

Цель исследования: изучение основных характеристик стрессоустойчивости у психически здоровых людей в зависимости от типа суицидального поведения.

Материал и методы

Проведено открытое сравнительное проспективное в однородных параллельных группах со стратификационной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) при сплошном наборе исследовательских случаев в период времени 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. на базе психоневрологических отделений для лечения кризисных состояний ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска» клинико-суицидологическое исследование в соответствии с протоколом ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов с дополнением к протоколу экспериментально-психологических методик для диагностики состояний адаптации (дезадаптации), стрессоустойчивости и оценки выраженности дистресса (опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, опросника уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина и методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.

Критериями включения в исследование в текущие 1-2 сутки после поступления в стационар являлись верифицированные случаи суицидальных попыток у психически здоровых людей (не состоявших на психиатрическом и наркологическом учетах) в возрасте старше 14 лет в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или настроения (F32.0-F32.1).

Для обработки материалов исследования при выбранном 95% уровне доверия использовались общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики: двухвыборочный t-тест Стьюдента для проверки нулевой гипотезы о равенстве/различии относительных величин частоты встречаемости признака и хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта (программа MS Excel 2003).

Выборка исследования составила 472 человека, из них 390 (средний возраст $30,7 \pm 0,6$ лет) – лица (парасуициденты), совершившие впервые в

жизни суицидальную попытку, 82 (28,6±1,1 лет) – лица с повторными суицидальными попытками. В выборке парасуицидентов с первичным самопокушением лица мужского пола были представлены 252/64,4% от общего числа выборки и женского – 138/35,4% (соответственно, в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением 58/70,7% и 24/29,3%) ($P>0,05$).

Преимущественный способ покушения на собственную жизнь в выборке парасуицидентов при первичном самопокушении – самоотравления лекарственными и токсическими бытовой химии средствами (122/31,3% случаев) и в выборке парасуицидентов при повторном самопокушении – посредством самотравматизации острыми предметами (52/63,4%).

В сопоставляемых выборках парасуицидентов в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса наиболее чаще верифицировалось расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (39,2-48,8% случаев).

Результаты исследования

Исследование проведено в сопоставлении выборок психически здоровых лиц с первичным и повторяющимся суицидальным поведением (таблица).

Таблица. Характеристики стрессоустойчивости и тревожности у психически здоровых людей в суицидоопасной ситуации

	А (N=390)	Б (N=82)	t
I. Сопротивляемость стрессу			
средний балл	201,9±8,1	248,1±20,6*	-2,113
до 150 баллов	173 (44,4)	32 (39,0)	0,856
150-199 баллов	60 (15,4)	5 (6,1)*	2,412
200-299 баллов	84 (21,5)	18 (22,0)	-0,079
300 баллов и более	73 (18,7)	27 (32,9)**	-2,592
	$\chi^2=11,149$; P=0,011		
II. Тревожность			
<i>Реактивная тревожность</i>			
средний балл	26,6±0,54	28,0±1,24	-1,045
низкая (1-30 баллов)	266 (68,2)	53 (64,6)	0,618
умеренная (31-45 баллов)	99 (25,4)	24 (29,3)	-0,708
высокая (46 баллов и более)	25 (6,4)	5 (6,1)	0,107
	$\chi^2=0,530$; P=0,767		
<i>Личностная тревожность</i>			
средний балл	41,6±0,50	43,6±1,03	-1,712
низкая (1-30 баллов)	49 (12,6)	6 (7,3)	1,576
умеренная (31-45 баллов)	219 (56,2)	46 (56,1)	0,009
высокая (46 баллов и более)	122 (31,3)	30 (36,6)	-0,912
	$\chi^2=2,193$; P=0,334		
III. Выраженность дистресса			
Общий индекс тяжести (балл)	0,44±0,02	0,42±0,05	0,326
Индекс проявления симптоматики (балл)	24,6±1,0	23,7±2,1	0,378
Индекс выраженности дистресса (балл)	1,40±0,03	1,40±0,06	-0,047

Примечания

1 – в абсолютном (число случаев) и относительном (%) исчислении от общего числа случаев суицидальных попыток в выборке с первичным (А) и повторяющимся суицидальным поведением (Б).

2 – t-Стьюдента при межвыборочном сопоставлении долей при $0,05 > P < 0,05 - 0,01$; χ^2 – хи-квадрат Пирсона.

3 – методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге (I), опросник реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (II), опросник выраженности психопатологической симптоматики; шкала SCL-90 R (III)

Оценка степени сопротивляемости стрессу (методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге). Выявлены значимо большая сила воздействия стрессовых факторов в течение предшествующего исследованию календарного года среди психически здоровых людей, склонных к повторяющемуся суицидальному поведению (в 1,2 раза: $248,1 \pm 20,6$ к $201,9 \pm 8,1$ балла при первичном самопокушении; $P < 0,05$ и $t = 2,113$) и при не случайности явления ($P = 0,01$; $\chi^2 = 11,149$) меньшая среди них доля лиц с высокой степенью сопротивляемости стрессу (в 2,5 раза: 6,1% против 15,4%; $P < 0,05$ и $t = 2,412$), а также большая доля лиц с низкой степенью сопротивляемости стрессу (в 1,8 раза: 32,9% против 18,7%; $P < 0,01$ и $t = 2,592$) и в целом значимо большая (в 1,4 раза) доля лиц в состоянии дистресса (совокупно пороговая и низкая степень сопротивляемости стрессу; 54,9% против 40,3%; $P < 0,05$ и $t = 2,338$). И только более чем в $\frac{1}{3}$ части случаев у парасуицидентов (в 39,0-44,4%; $P > 0,05$) психотравмирующие события не достигали уровня психологического стрессового воздействия.

То есть хронизация суицидального поведения у психически здоровых людей ассоциируется с более низким уровнем способности противодействия стрессу (с 1,2-кратным уровне-вым снижением: $248,1 \pm 20,6$ к $201,9 \pm 8,1$ балла при первичном самопокушении; $P < 0,05$) и с более высокой вероятностью (в 1,4 раза) развития лично-стно значимого дистрессового состояния под влиянием психотравмирующих событий (в 54,9% случаев к 40,3%; $P < 0,05$), в частности, состояния с крайне низкими возможностями сопротивления стрессу (1,8-кратный риск: 32,9% к 18,7%; $P < 0,01$).

Оценка ситуативной и личностной тревожности (опросник реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина). Реактивная (ситуативная) тревожность — при случайности распределения встречаемости разных уровней реактивной тревожности ($P = 0,77$) и равных значениях средних показателей тревожности (в пределах 26,6-28,0 балла) при хронизации суицидального поведения несколько выше совокупная доля лиц

с умеренной и выраженной реактивной тревожностью (на 10,1% при 35,4% к 31,8% случаев; $P>0,05$).

Личностная тревожность — схожая тенденции; случайность распределения дифференцированных уровней личностной тревожности ($P=0,33$), равноценные значения средних показателей тревожности (41,6-43,6 балла), но при хронизации суицидального поведения несколько выше (на 5,7%) совокупная доля лиц с умеренной и выраженной личностной тревожностью (92,7% к 87,4% случаев; $P>0,05$).

То есть у психически здоровых людей в суицидоопасной ситуации реактивная (ситуативная) и личностная тревожность причинно не связаны ($P>0,05$) с типом суицидального поведения (реактивная тревожность при первичном/повторном самопокушении: — $26,6\pm 0,54/ 28,0\pm 1,24$ балла; личностная — соответственно, $41,6\pm 0,50/43,6\pm 1,03$ балла). Суицидоопасность переживаемого психически здоровым человеком психотравмирующего события имеет в большей степени личностный смысл (31,3-36,6% случаев выраженной личностной тревожности), чем ситуативный (6,1-6,4% случаев выраженной ситуативной тревожности), в особенности при склонности к хронизации суицидальных действий (на 5,7-10,1% выше совокупный уровень умеренной и выраженной ситуативной и личностной тревожности).

Оценка выраженности дистресса (опросник выраженности психопатологической симптоматики; шкала SCL-90 R). Анализ материалов исследования свидетельствует об отсутствии взаимосвязи выраженности дистресса с типом суицидального поведения у психически здоровых людей в ситуации переживаемого суицидоопасного психогенного кризиса. Как при первичном, так и повторном суицидальном поведении основные показатели величин характеристик выраженности дистресса были равнозначными ($P>0,05$). Так, соответственно, в выборках парасуицидентов с первичным и повторным самопокушением показатели «Общего индекса тяжести» симптоматики равнялись $0,44\pm 0,02$ и $0,42\pm 0,06$ балла, «Индекса проявления

симптоматики» — $24,6 \pm 1,0$ и $23,7 \pm 2,1$ балла и непосредственно «Индекса выраженности дистресса» — $1,40 \pm 0,03$ и $1,40 \pm 0,06$ балла.

То есть у психически здоровых людей в суицидоопасной ситуации выраженность дистресса не имела причинной связи с типом суицидального поведения как по кластеру общей выраженности дистресса («Индекс выраженности дистресса» в пределах средних $1,40$ балла), так и по кластерам психопатологической симптоматики (соответственно, средние величины «Общего индекса тяжести» симптоматики и «Индекса проявления симптоматики» $0,42-0,44$ балла и $23,7-24,6$ балла).

Заключение. Результаты проведенного исследования указывают на наличие определенных корреляционных взаимоотношений между стрессоустойчивостью психически здорового индивидуума в переживаемой кризисной суицидоопасной ситуации и типом суицидального поведения (первичным или повторяющимся), что требует дифференцированного подхода к разработке программ антисуицидальных мероприятий.

**ТЕХНОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОЙ МНОГОУРОВНЕВОЙ
ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО
И ЛИЧНОСТНОГО АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ЧЕЛОВЕКА
(НА ПРИМЕРЕ АДДИКЦИЙ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

*Голуб В.И., Курпатов В.И., Голуб И.В., Голуб Я.В., Игнатъев Д.М.,
Иzumнов С.А., Литвиненко О.А., Литвинцев С.В.*

*Санкт-Петербургский городской психотерапевтический центр
Комитета по здравоохранению
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Недостаточная эффективность медикаментозного психотропного лечения патологических зависимостей сегодня признается и самими психиатрами-наркологами. Именно поэтому все чаще встречаются в научных медицинских изданиях суждения о необходимости решить проблему «перегруженности» психотропными препаратами пациентов

наркологического профиля путем активации естественных саногенных механизмов с использованием безмедикаментозных технологий.

Мы полагаем, что такой подход вполне оправдан, так как психосемантические нарушения в принципе не могут быть устранены применением любых известных на сегодня лекарственных средств. Для их устранения необходимо активно и надежно осуществить переформатирование установок и намерений и сформировать новые устойчивые жизнеполагающие цели, однако такого результата невозможно достичь с использованием всех известных на сегодня психотерапевтических технологий. Изменения в психике наркозависимых лиц делают их склонными к выбору простых источников получения удовольствия. Можно вывести наркозависимого из «ломки», снять физическую зависимость, но невозможно известными на сегодня методами переделать его психологический тип, предполагающий «пассивное получение простых удовольствий».

Для преодоления сложившегося положения коллективом сотрудников Санкт-Петербургского городского психотерапевтического центра Комитета по здравоохранению с привлечением специалистов различного профиля разработаны на междисциплинарном уровне инновационные универсальные безмедикаментозные биотехнические технологии комплексной многоуровневой диагностики психического, психофизиологического и физиологического статусов, а также коррекции личностного адаптационного потенциала человека, включая нейробиологическую, нейроиммунологическую, физиологическую, психологическую и профессиональную составляющие, индивидуально-ориентированную психолого-педагогическую мотивацию на здоровый образ жизни, активацию когнитивных функций и формирование позитивных стереотипов продуктивного адаптивного мышления и поведения.

Одно из принципиальных базовых положений нашей концепции формулируется так: «Поскольку и психологические, и медицинские аспекты

механизмов развития практически всех патологических зависимостей и способов их профилактики, и лечения близки между собой, то вполне правомерно было осуществить разработку универсальной технологии, пригодной для избавления от любых патологических зависимостей, формирующихся в привычной для человека среде обитания. Специфика такой технологии будет проявляться в основном только на уровне информационного обеспечения разработки алгоритмов и регламентов синхронного и синфазного воздействия естественными, экологически безопасными и физиологически адекватными факторами различной модальности в разных сочетаниях, вызывающих морфофункциональную, нейробиологическую, психофизиологическую и психическую перестройку организма». Будучи объединенные в единый технологический цикл, все эти воздействия представляют собой универсальную комплексную технологию нейропсихосоматооздоровления и коррекции функциональных состояний организма.

По технике реализации эта технология включает:

- новые экспресс-методики оценки вегетативного статуса, инструментальные, вербальные и вербально-аналоговые методики нейро- и психодиагностики в кратком и расширенном структурированном виде;
- новые индивидуально ориентированные методики активного воздействия экологически безопасными и физиологически адекватными факторами, способствующих формированию необходимых параметров нейрогуморального статуса, морфофункционального профиля и функциональных систем вегетативного обеспечения, соответствующих фактической или требуемой жизнедеятельности организма, устранение анатомо-физиологических нарушений позвоночника, фасциально-мышечных нарушений и пр;

- новые методики формирования необходимых нейродинамических характеристик головного мозга, продуктивного позитивного мышления, устойчивой мотивации, переформатированию установочных драйверов поведенческой активности и пр.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ И ТИП СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Голубович В.В., Гелда А.П., Горюшкина Е.Г., Залеская И.С., Никулина Е.Ю., Нестерович А.Н., Роменский А.В., Рунец К.Е., Чернецкая Е.В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья
г. Минск, Республика Беларусь*

Многие факторы предрасполагают к повышенному риску совершения суицидальных актов, в том числе и некоторые индивидуально-психологические особенности личности (эмоциональная неустойчивость, импульсивность, демонстративность и пр.). В то же время единого «психологического портрета» суицидента не существует, и перспективным направлением в области суицидологии является проведение узкопопуляционных исследований по изучению индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности в разных социальных группах населения, включая с учетом суицидологических характеристик тех или иных обстоятельств совершения суицидальных действий.

Цель исследования – изучение личностных особенностей психически здоровых людей в зависимости от типа суицидального поведения.

Материал и методы

Методология исследования — открытое сравнительное проспективное в однородных параллельных группах со стратификационной рандомизацией (первичное/повторное самопокушение) клинико-суицидологическое по протоколу ВОЗ/ЕВРО Мультицентрового исследования парасуицидов с дополнением к протоколу экспериментально-психологической методики для

диагностики индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности. Единицей анализа являлся верифицированный случай суицидальной попытки у психически здоровых людей в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F48) или расстройств настроения (F32.0-F32.1). Период исследования — 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. при сплошном наборе исследовательских случаев на базе отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья» и отделения острых отравлений УЗ «БСМП г. Минска». Для обработки материалов исследования использовались общепринятые методы параметрической и непараметрической статистики.

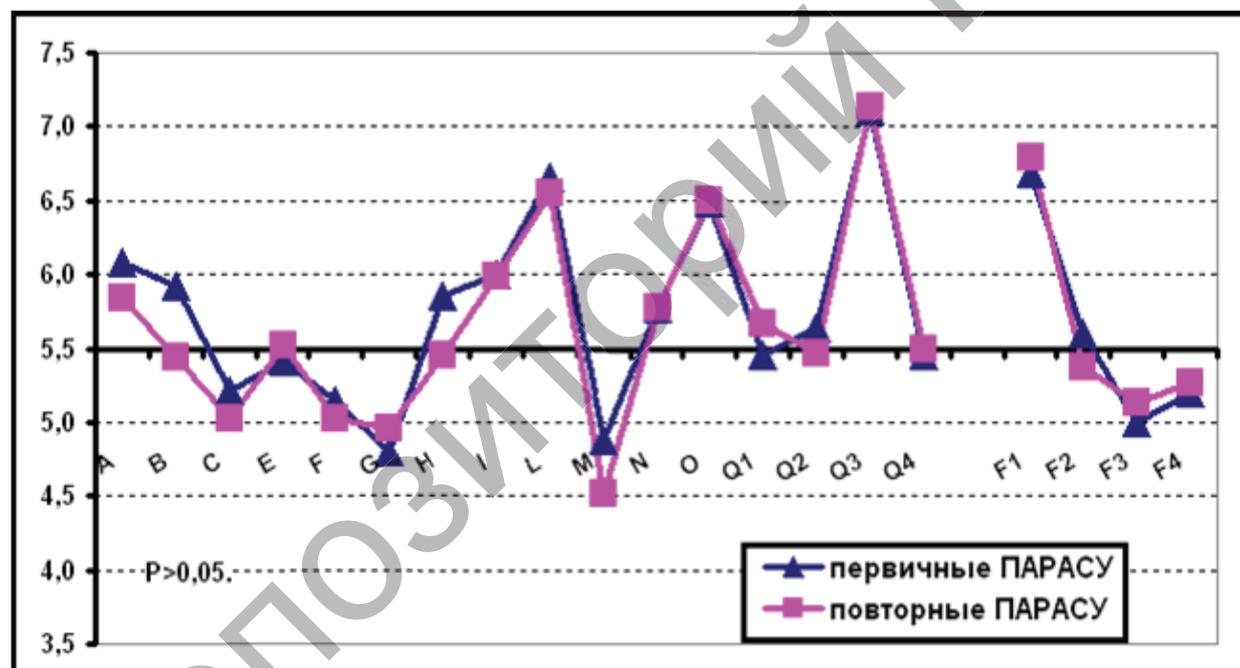
Всего в исследование при добровольном согласии были включены 472 человека: 390 (средний возраст $30,7 \pm 0,6$ лет) — совершившие впервые в жизни суицидальную попытку и 82 ($28,6 \pm 1,1$ лет) — с повторными суицидальными попытками. В сопоставляемых однородных выборках парасуицидентов преимущественно выявлялось расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения (39,2-48,8% случаев).

Результаты исследования

С учетом сплошного набора исследовательских случаев в неразрывный по времени конкретный период исследования полученные материалы научного изыскания фактически свидетельствуют о популяционных корреляционных взаимоотношениях индивидуально-стилевых особенностей и свойств личности у психически здоровых людей и типа суицидального поведения. Поставленная целевая задача решалась посредством использования в исследовании методики многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (N=187), предназначенной для измерения шестнадцати конституциональных факторов личности и позволяющей получить многогранную информацию о личностных чертах. При интерпретации усредненного профиля личности по всем 16 факторам внимание уделялось «пикам» профиля (наиболее низким и высоким значениям факторов в

профиле) и в особенности показателям факторов, находящимся в «отрицательном» полюсе в границах от 1 до 3 стенов и в «положительном» — от 8 до 10 стенов (рисунок).

Факторы первого порядка. По материалам исследования отмечается явно выраженная схожая тенденциозная направленность вне зависимости от типа суицидального поведения с характерными по усредненному профилю личности по факторам L, O и Q₃ пиковыми значениями показателей в «положительном» полюсе (6,5-7,1 стенов) и по факторам C, G и M — в «отрицательном» (4,5-5,0 стенов). Статистически значимых различий по среднему показателю факторов первого порядка при межвыборочном их сопоставлении не верифицировалось. В то же время в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением



	A	B	C	E	F	G	H
первичные ПАРАСУ	6,1±0,09	5,9±0,14	5,2±0,12	5,4±0,10	5,1±0,11	4,8±0,09	5,9±0,1 1
повторные ПАРАСУ	5,8±0,17	5,4±0,33	5,0±0,21	5,5±0,18	5,0±0,19	5,0±0,18	5,5±0,2 2
t	1,222	1,336	0,763	-0,549	0,545	-0,828	1,673

	I	L	M	N	O	Q ₁	Q ₂
первичные ПАРАСУ	6,0±0,09	6,7±0,10	4,9±0,10	5,8±0,10	6,5±0,10	5,5±0,10	5,6±0,09
повторные ПАРАСУ	6,0±0,19	6,5±0,22	4,5±0,20	5,8±0,20	6,5±0,22	5,7±0,23	5,5±0,19
t	0,070	0,463	1,626	0,051	-0,095	-0,865	0,868

	Q ₃	Q ₄	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄
первичные ПАРАСУ	7,1±0,09	5,5±0,11	6,7±0,09	5,6±0,12	5,0±0,08	5,2±0,09
повторные ПАРАСУ	7,1±0,22	5,5±0,22	6,8±0,19	5,4±0,21	5,1±0,17	5,3±0,21
t	-0,080	-0,168	-0,532	0,933	-0,722	-0,256

Факторы 1-го порядка: А — «-» шизотимия / «+» аффектотимия; В — «-» низкий интеллект / «+» высокий интеллект; С — «-» слабость Я / «+» сила Я; Е — «-» конформность / «+» доминантность; F — «-» десургенция, сдержанность / «+» сургенция, экспрессивность; G — «-» низкое супер-эго / «+» высокое супер-эго; Н — «-» тректия / «+» пармия; I — «-» харрия / «+» премсия; L — «-» алаксия / «+» протенсия; М — «-» праксерния / «+» аутия; N — «-» прямолинейность / «+» дипломатичность; О — «-» гипертимия / «+» гипотимия; Q₁ — «-» консерватизм / «+» радикализм; Q₂ — «-» зависимость от группы / «+» самодостаточность; Q₃ — «-» низкое самомнение / «+» высокое самомнение; Q₄ — «-» низкая эго-напряженность / «+» высокая эго-напряженность.

Факторы 2-го порядка: F₁ — «-» низкая тревожность / «+» высокая тревожность; F₂ — «-» интраверсия / «+» экстраверсия; F₃ — «-» сензитивность / «+» реактивная уравновешенность; F₄ — «-» конформность / «+» независимость.

Рисунок. Усредненный профиль личности по методике Р. Кеттелла (N=187) в выборках парасуицидентов, психически здоровых людей (стены) доля встречаемости лиц с профилями пиковыми в «положительном» полисе стенов (≥ 8) по факторам L («протенсия»), О («гипотимия»), Q₃ («высокое самомнение») была усреднено на 2,0% больше (37,4% к 36,7% случаев в

выборке парасуицидентов с первичным самопокушением) и на 4,2% меньше (22,8% к 23,8%) с профилями пиковыми в «отрицательном» полесе (≤ 3) по факторам С («слабость Я»), G («низкое супер-эго»), М («праксерния») ($P > 0,05$). При этом статистически значимое различие долей (1,6-кратное) фиксировано по профилю G в «отрицательном» полесе (15,9% к 25,1% случаев при первичном самопокушении; $P < 0,05$ и $t = 2,019$).

Факторы второго порядка. Анализ материалов исследования также указывал на схожую тенденциозную направленность вне зависимости от типа суицидального поведения. Причем отличительной особенностью среди факторов второго порядка являлось следующее: у парасуицидентов по фактору профиля F_1 в «положительном» полесе — высокий уровень тревожности при $6,7 \pm 0,09$ стенов при первичном самопокушении и $6,8 \pm 0,19$ стенов при повторном ($P > 0,05$), или в 1,6 раза выше доля лиц с наиболее высоким уровнем тревожности (8 стенов и более) в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением (22,8% к 14,6%; $P > 0,05$); по фактору профиля F_3 в «отрицательном» полесе — повышенная чувствительность к стрессовым нагрузкам при $5,0 \pm 0,08$ стенов при первичном самопокушении и $5,1 \pm 0,17$ стенов при повторном ($P > 0,05$), или в 2 раза выше доля лиц с наиболее высоким уровнем чувствительности к стрессовому воздействию (3 стена и менее) в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением (9,7