

# ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*<sup>1</sup>Местечко В.В., <sup>1</sup>Соловьев А.Г., <sup>2</sup>Новикова И.А.*

*<sup>1</sup>Северный государственный медицинский университет*

*<sup>2</sup>Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В.Ломоносова  
г. Архангельск, Российская Федерация*

За последнее десятилетие в России отмечается рост доли населения в возрасте 60 лет и старше. Численность населения пожилого и старческого возраста в стране, в целом, составляет 19,4%, в Северо-Западном Федеральном округе - 29,7%, в Архангельской области - 30,5%; повышается уровень количества лиц старше трудоспособного возраста, соответственно – 23,5%, 24,8% и 24,2% [3]. В ряде исследований выявлен рост пограничных психических расстройств (ППР) среди пожилого населения. В связи с этим, необходим поиск наиболее оптимальных методов диагностики и методологических подходов при оказании психотерапевтической помощи данному контингенту пациентов.

Цель исследования – изучение социально-психологического и клинического статуса лиц пожилого возраста с ППР для определения методов психологической диагностики и психотерапии.

Материалы и методы. Обследовано 367 пациентов с ППР психотерапевтического отделения ГБУЗ Архангельской области «Архангельский областной психоневрологический диспансер». Они были разделены на 2 группы: первая группа - включала 178 человек возрасте 60 лет и старше (средний возраст  $66,7 \pm 5,5$  лет), в т.ч. женщин - 155 человек (87,1%); вторая – 189 человек в возрасте 40 – 59 лет (средний возраст  $50,7 \pm 6,1$  лет), в т.ч. женщин - 157 человек (83,1%).

Для исследования были применены следующие методы: психопатологический, патопсихологический (шкала самооценки депрессии Цунга, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, личностный тест Мини-мульти,

методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Рассела и Фергюсона, методика САН (самочувствие, активность и настроение)), анкетирование и интервьюирование.

Результаты. Среди обследованных больных менее половины пожилых - имели семью, это в полтора раза меньше молодых. Одинокó проживали - более трети пожилых, что, почти, в три раза чаще более молодых пациентов.

Наличие психотравмирующей ситуации в развитии ППР выявлено, почти, у половины пожилых лиц, что несколько меньше - молодых. В обеих группах определялся высокий уровень личностной тревоги и умеренный - ситуационной, с некоторым преобладанием во второй. Пожилые пациенты чаще испытывали болевые ощущения и ограничивали собственные физические нагрузки. Уровень субъективного ощущения одиночества соответствовал среднему уровню в обеих группах.

В особенностях личности для обеих групп были свойственны: склонность к защитным реакциям конверсионного типа, тенденция ухода в болезнь, стремление обратить на себя внимание, одновременно с этим медлительность, пассивность, длительная приспособляемость, плохая переносимость смены обстановки, быстрая потеря равновесия в социальных конфликтах, сензитивность, неуверенность в себе, трудности в принятии самостоятельных решений, легкое наступление отчаяния при малейших неудачах, при этом злопамятность и активность в отстаивании своих взглядов. Пожилые пациенты, к тому же, отличались тревожно-мнительными чертами с боязливостью, нерешительностью, большей конфликтностью, неустойчивостью настроения, обидчивостью, вспыльчивостью, некоторой эмоциональной холодностью и отчуждённостью.

Большинство пожилых пациентов испытывали определенные трудности в силу установленных ранее возрастных изменений - снижение умственной работоспособности, длительной концентрации внимания, сужение его объёма, быстрая истощаемость, инертность и тугоподвижность мышления, замедление темпа восприятия и понимания обращённой речи, снижение

скорости выполнения операций, снижение функции кратковременной и опосредованной памяти, косность суждений, снижение способности к обучению новому и постановке творческих задач.

Таким образом, результаты исследования позволяют рекомендовать в выборе диагностических психологических методик отдавать предпочтение «экспресс» формам, с меньшим количеством вопросов и заданий, упрощенных для восприятия, требующих выбор предложенных вариантов. При проведении психотерапии приоритетными должны быть симптомо- и проблемно-ориентированные, краткосрочные, купирующие, когнитивно-поведенческие направления в виде индивидуальной и семейной форм работы. При определенных видах нозологической структуры могут применяться релаксационные, суггестивные, позитивные и рационально-разъяснительные методы.

## **НОВЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

*Молоткова Н.Ю., Куприянова И.Е.*

*Научно-Исследовательский институт психического здоровья  
г. Томск, Российская Федерация*

История науки о качестве жизни (КЖ) начинается с 1947 года и продолжается по сей день, не теряя своей актуальности (Куприянова И.Е., 2014). С 80–х годов XX века отмечается рост научных публикаций по исследованию качества жизни. В разработке методологии исследования важную роль играют работы А. McSweeney, предложившего оценивать КЖ, основываясь на четырех аспектах (эмоциональном, социальном функционировании, повседневной активности и проведении досуга) (Гурылева М.Э., 2004).

Согласно определению ВОЗ, Качество Жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами (Orley J., 1994). Как пишет в своей статье Вассерман Л.И. и соавт. (2004), одним из