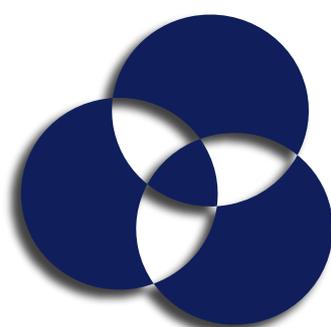


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



1

2019

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

www.nczd.ru

АДРЕС РЕДАКЦИИ

г. Екатеринбург,
ул. Академика Бардина, 9а
тел./факс (343) 2877770, 2403697
Почтовый адрес: 620149,
г. Екатеринбург, а/я 187

sys-int@sys-int.ru
www.sys-int.ru

Электронный научный журнал
“Системная интеграция в
здравоохранении”
зарегистрирован Федеральной
службой по надзору в сфере
массовых коммуникаций, связи и
охраны культурного наследия
Российской Федерации
Свидетельство Эл №ФС77-32479
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

Редакция не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов.

При использовании материалов
ссылка на журнал “Системная
интеграция в здравоохранении”
обязательна.



электронный научный журнал
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

WWW.SYS-INT.RU

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ 1 (43) 2019

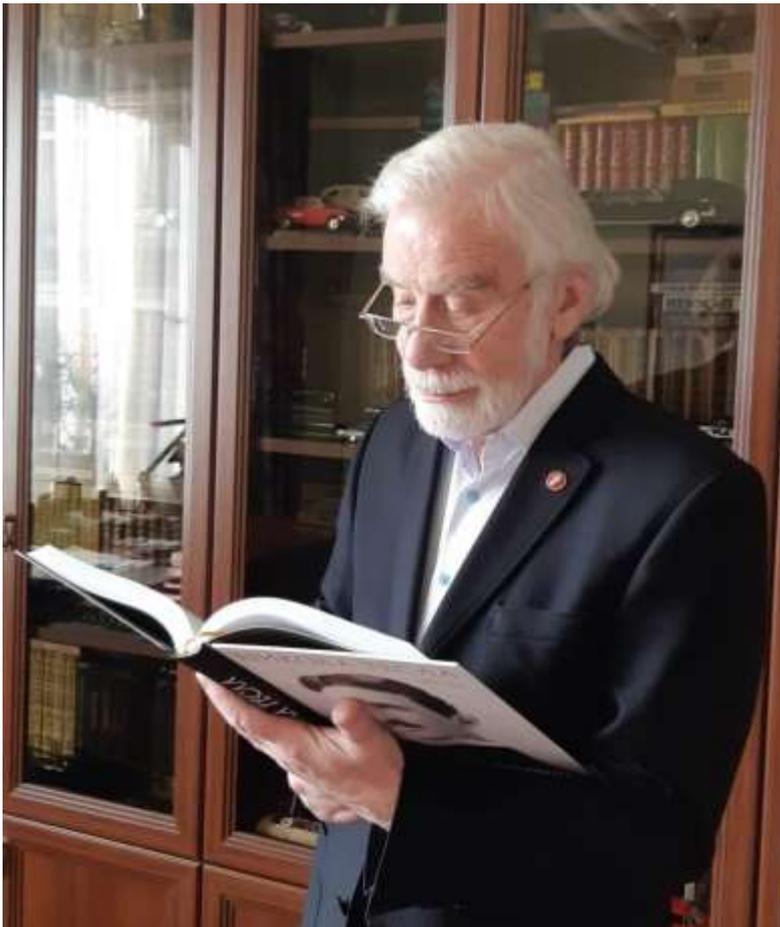
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор Е.А.ДУГИНА
Заместитель главного редактора
С.И.БЛОХИНА
И.А.ПОГОСЯН, Т.Я.ТКАЧЕНКО,
С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН, А.В.СТАРШИНОВА
Выпускающий редактор А.Н.ПЛАКСИНА

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.А.БАРАНОВ (Москва)
В.А.ВИССАРИОНОВ (Москва)
А.Г.БАИНДУРАШВИЛИ (Санкт-Петербург)
А.Б.БЛОХИН (Екатеринбург)
О.П.КОВТУН (Екатеринбург)
В.А. ЧЕРНЫШЕВ (Москва)
В.И. СТАРОДУБОВ (Москва)
В. RICHARDS (Манчестер, Великобритания)
Sh. MONAHAN (Торонто, Канада)

Уважаемые читатели!



13 февраля 2019 г. инициатору основания нашего журнала, научному консультанту МКМЦ «Бонум» (с 1996 г.), заслуженному работнику высшей школы РФ, действительному члену РАЕН, д.т.н. профессору Гольдштейну Сергею Людвиговичу исполнилось 75 лет.

При непосредственном участии, руководстве и консультировании Сергея Людвиговича в МКМЦ «Бонум» созданы научный и информационно - аналитический отделы, кабинет катамнеза; организовано целевое обучение молодых кадров на Физтехе УрФУ по направлению

«Информационные системы и технологии в медицине»; подготовлено 8 докторов и 13 кандидатов медицинских наук из сотрудников центра.

Сергей Людвигович – научный руководитель творческого коллектива, отмеченного в 2013 г. премией Губернатора Свердловской области за работу «Системная интеграция информационно-интеллектуальных и медико-организационных технологий» в номинации «За выдающийся вклад в развитие научных исследований в сфере информационных технологий»; член ученого и диссертационного советов МКМЦ «Бонум», автор и соавтор более 50 статей, опубликованных в нашем журнале, строгий, но справедливый наставник.

Желаем Сергею Людвиговичу здоровья и творческого долголетия!

*С уважением,
коллектив МКМЦ «Бонум»
и редакция журнала*

**ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Донцов О.Г., Дугина Е.А.
МОДЕЛИ РАЗРАБОТКИ И ОЦЕНКИ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МКМЦ «БОНУМ».....5

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Дугина Е.А., Маржина Е.А., Елькин И.О.
О СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ КЛИНИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:
ИЕРАРХИЯ ПОНЯТИЙ «КОРПОРАТИВНЫЕ КУЛЬТУРА И ИДЕОЛОГИЯ»13

Зимин А.О., Грицюк Е.М., Гольдштейн С.Л.
О ПЕРВИЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ И РАССУЖДЕНИЯХ ЧЕЛОВЕКА – ТРАНСЛЯТОРА ТЕКСТА ИЗ
МЕДИЦИНЫ В ФИЗИКУ.....21

ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА

Буторин Г.Г., Набойченко Е.С., Токарь А.А.
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У
ПОДРОСТКОВ.....32

Мурашов Д.А., Жукова Н.В.
КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ
ИНСУЛЬТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ.....41

Попова К.А., Носкова М.В.
НАПРАВЛЕНИЯ И ФОРМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕПОЛНЫМ
СЕМЬЯМ.....57

Репкина Е.Р., Набойченко Е.С., Буланов К.Л.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА У
ПОДРОСТКОВ.....64

Селиванова Е.А., Набойченко Е.С., Буланов К.Л.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕЙРОДЕРМАТИТОМ71

Степанова Н.В., Благовещенская И.В.
СООТНОШЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И ЦЕННОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С
РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ..... 77

МОДЕЛИ РАЗРАБОТКИ И ОЦЕНКИ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ МКМЦ «БОНУМ»

Гольдштейн С.Л.¹, Грицюк Е.М.², Донцов О.Г.², Дугина Е.А.²

¹ ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н.Ельцина», г. Екатеринбург, РФ

² ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ

Предложены оригинальные модели разработки и оценки стратегии развития клинического медицинского учреждения. Представлены ее концептуальный, функционально-структурный и расчетный формализмы с учетом специфики МКМЦ «Бонум». Создана основа для более подробной детализации моделей разработки и оценки стратегии развития.

Ключевые слова: стратегия, медицинское учреждение, модели стратегии: концептуальная, расчетная, структурно-функциональная.

Models of development and evaluation of development strategies of clinical medical institution on the example MKMC "Bonum"

Goldshtein S.L.¹, Gritsyuk E.M.², Dontsov O.G.², Dugina E.A.²

¹ UrFU, Yekaterinburg, Russian Federation

² GUAZ SO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, Russian Federation

The original models of development and evaluation of clinical medical institution development strategy are proposed. Its conceptual, functional-structural and computational formalisms taking into account the specifics of the MCMC "Bonum" are presented. The basis for more detailed elaboration of development strategy development and evaluation models has been created.

Keywords: strategy, medical institution, strategy models: conceptual, computational, structural-functional.

Введение

Ранее [1] представлен материал о создании стратегии развития государственного медицинского учреждения в современных условиях в части вербального описания механизмов разработки стратегии в общем (в рамках литературно-аналитического обзора) и на примере МКМЦ «Бонум» с выделением инструментов для реинжиниринга организационно-управленческой среды и информационно-компьютерной поддержки

менеджмента. Однако, вербальность описания недостаточна для имитационного моделирования результатов предлагаемых вариантов стратегии.

В статье поставлена и решена очередная задача – более формализованного описания рассматриваемого процесса в виде концептуальной, расчетной и функционально-структурной моделей.

Определение стратегии развития МКМЦ «Бонум» в виде концептуальной и расчетной моделей

В соответствии с формализмом [2] предложена следующая концептуальная модификационная модель.

Стратегия развития центра «Бонум» - это средство достижения глобального планируемого результата, обладающее функциями аналитики, целеполагания, сценарной проработки, реализации и оценки качества путем скрининговых аудит-отчетов; формулировки миссии, целей и задач; разработки программ, планов и проектов; а также сквозного контроля с последующей модернизацией стратегии по результатам оценки ее эффективности на основе инструментальной структуры из проектного центра, системы документооборота; служб контроллинга, инновационного маркетинга и повышения управленческих компетенций сотрудников, направленное на повышение качества медицинской помощи и риск-ориентированных технологий, управления персоналом, научно-исследовательской и предпринимательской деятельности с целью устойчивого развития центра в благоприятных условиях и выживания в неблагоприятных с передачей знаний в будущее с основным свойством потенциальной силы, а также с дополнительными свойствами: уникальности, гибкости, эффективности, адекватности, поведенческой ментальности, срочности и управляемости.

Наше представление о дополнительных свойствах стратегии: уникальность – учет специфики и конфиденциальности; гибкость – учет особенностей текущего этапа; эффективность – достижение целей с требуемым качеством по уровням иерархии менеджмента с минимальными затратами; адекватность – соответствие внешним и внутренним условиям; поведенческая ментальность – как варианты действий: борьба, уход, уступка, компромисс, сотрудничество; срочность – кратко, средне, долговременно; управляемость – перевод в требуемое состояние с помощью доступных ресурсов за обозначенное время.

Наше представление об основном свойстве - о потенциальной силе стратегии с точки зрения ее ресурсно-результативного потенциала (РРПС) с учетом [3, 4] и SADT-методологии [5]:

$$PPPC = \prod_{i=1}^5 PPPC_i^{\alpha_i}, \quad \sum_{i=1}^5 \alpha_i = 1, \quad (1)$$

где \prod - знак произведения, т.к. ни один из сомножителей не может быть нулевым по качеству; потенциалы: $PPPC_1$ – сырьевого входа, $PPPC_2$ – механизма управления, $PPPC_3$ – механизма реализации, $PPPC_4$ – передела, $PPPC_5$ – результативного выхода, α_i – веса;

$$PPPC_1 = PPPC_{11} \cdot \alpha_{11} + PPPC_{12} \cdot \alpha_{12}, \quad \alpha_{11} + \alpha_{12} = \alpha_1, \quad (2)$$

индексы: 11 – задания, 12 – инфосырья,

$$PPPC_2 = PPPC_{21} \cdot \alpha_{21} + PPPC_{22} \cdot \alpha_{22} + PPPC_{23} \cdot \alpha_{23}, \quad \sum_{i=1}^3 \alpha_{2i} = \alpha_2, \quad (3)$$

индексы: 21 – управления, 22 – стимулирования, 23 – мотивирования,

$$PPPC_3 = PPPC_{31} \cdot \alpha_{31} + PPPC_{32} \cdot \alpha_{32}, \quad \alpha_{31} + \alpha_{32} = \alpha_3, \quad (4)$$

индексы: 31 – исполнителей, 32 – инструментов исполнителей,

$$PPPC_4 = PPPC_{41} \cdot \alpha_{41} + PPPC_{42} \cdot \alpha_{42} + PPPC_{43} \cdot \alpha_{43}, \quad \sum_{i=1}^3 \alpha_{4i} = \alpha_4, \quad (5)$$

индексы стратегических переделов: 41 – разработки и реализации стратегии, 42 – контроля, 43 – оценок,

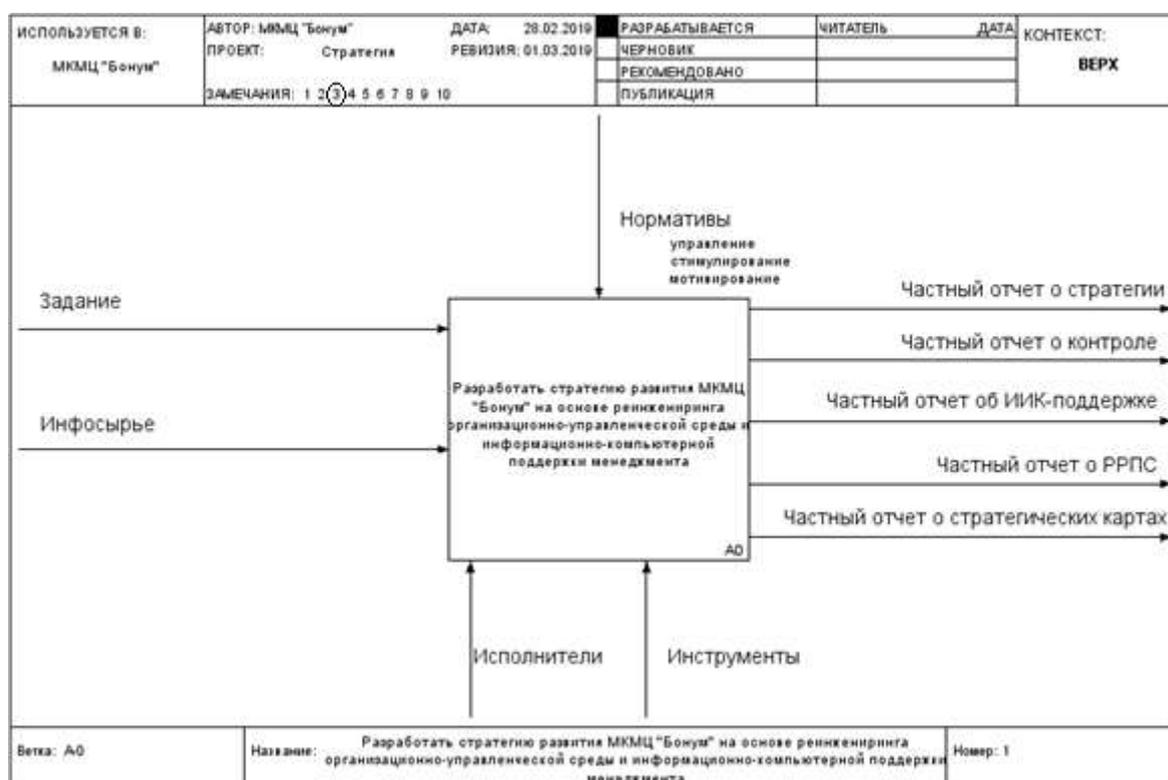
$$PPPC_5 = PPPC_{51} \cdot \alpha_{51} + PPPC_{52} \cdot \alpha_{52}, \quad \alpha_{51} + \alpha_{52} = \alpha_5, \quad (6)$$

индексы: 51 – документов стратегии, 52 – отчетов.

Дальнейшая детализации удобна в формализме IDEF0.

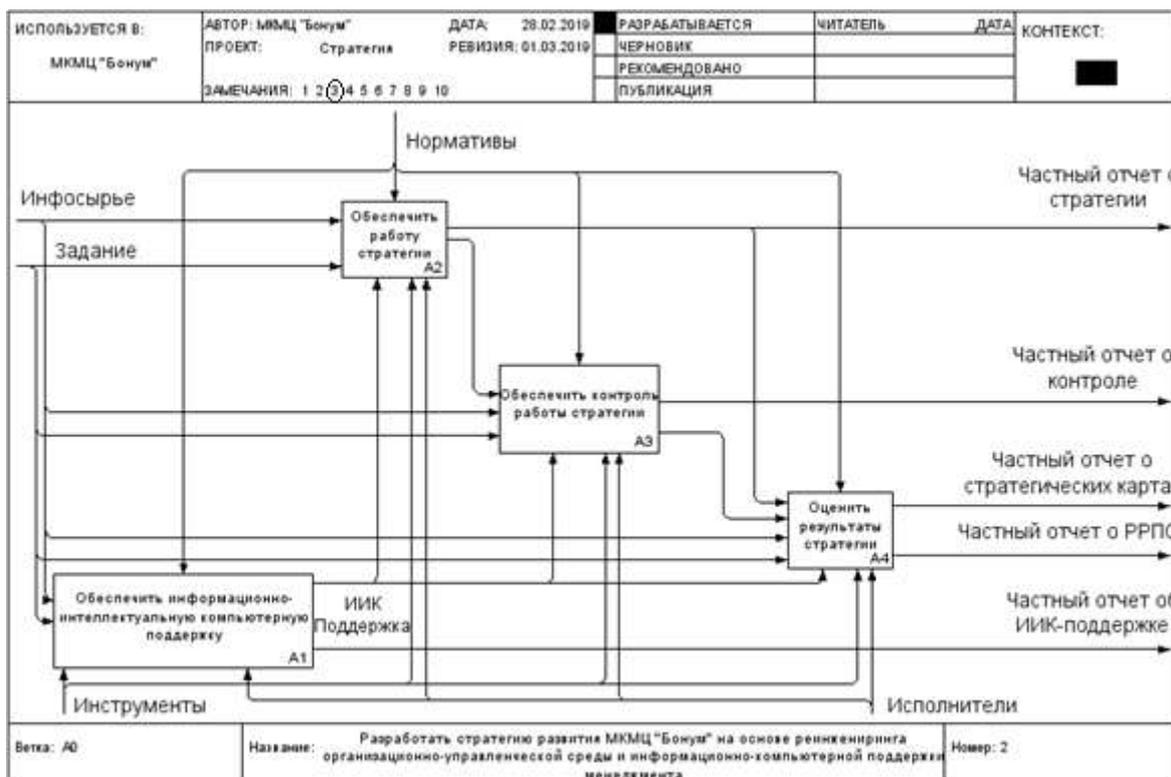
Функционально-структурные модели выхода на РРПС

Составляющие модели представлены на рис. 1 - 8 в третьей редакции.

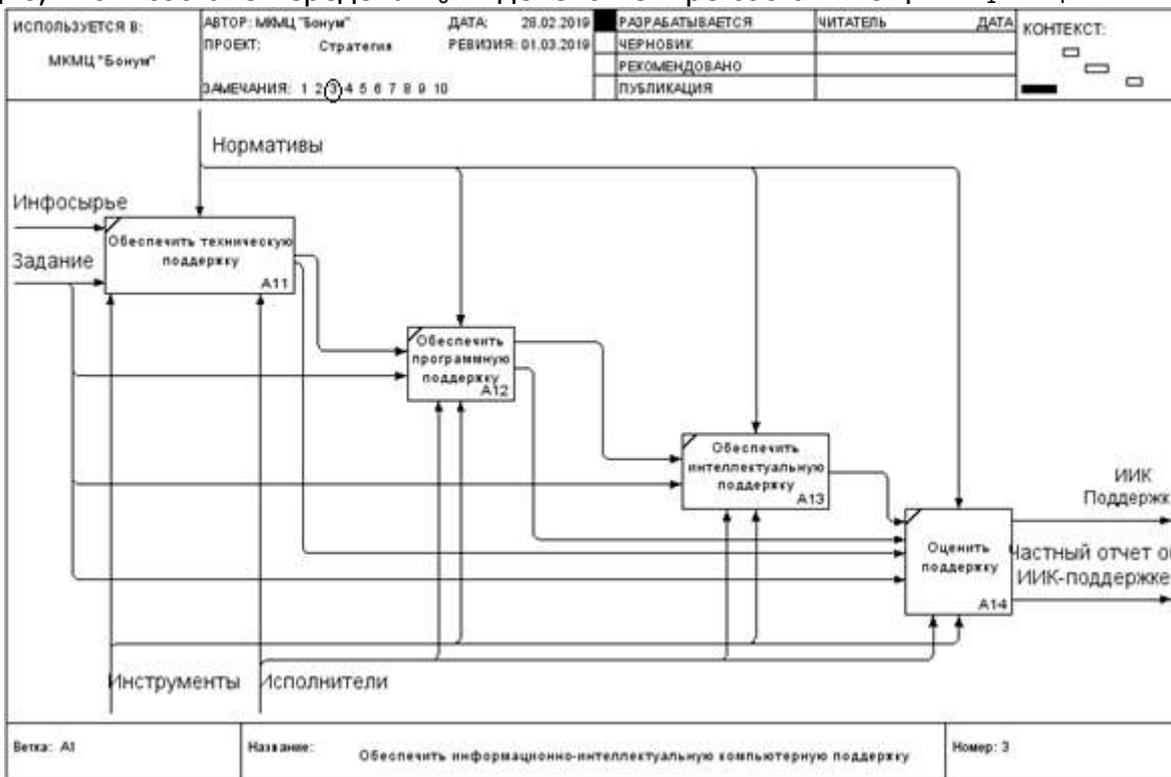


ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

При этом полагали, что общий отчет будет представлен совокупностью частных отчетов как его главами.

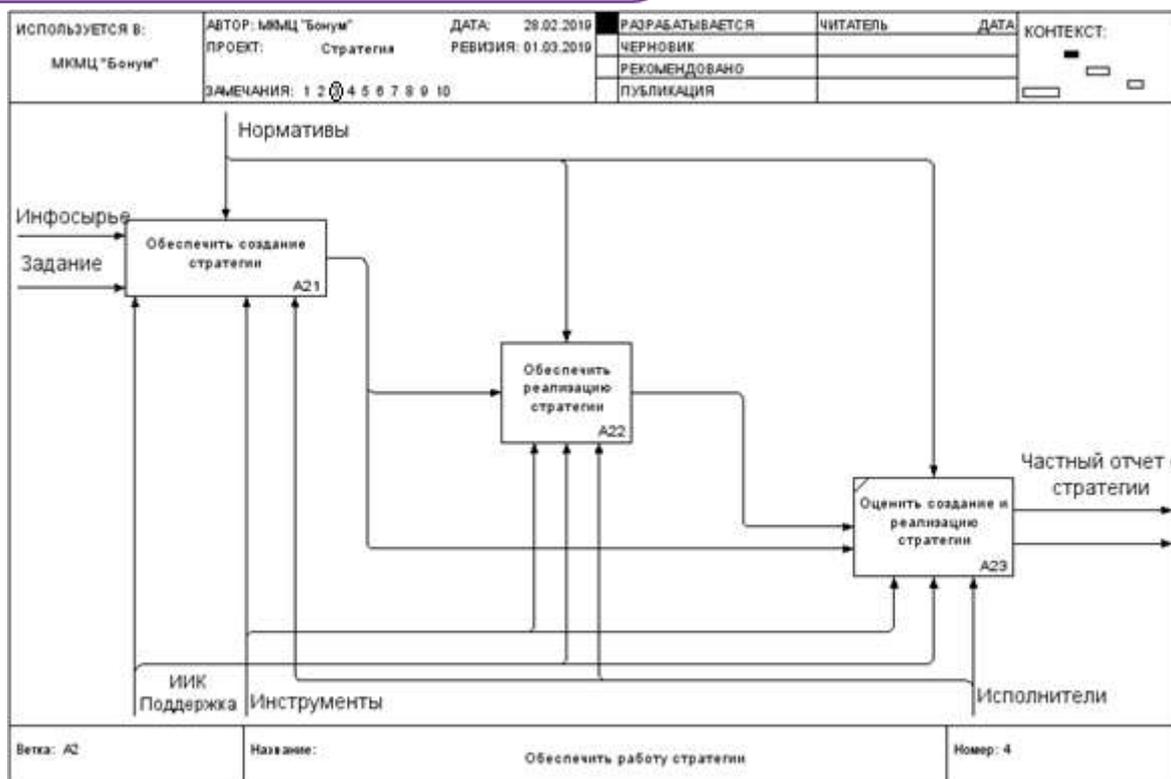


Видно, что в составе передела A₀ выделено четыре составляющих: A₁ – A₄.

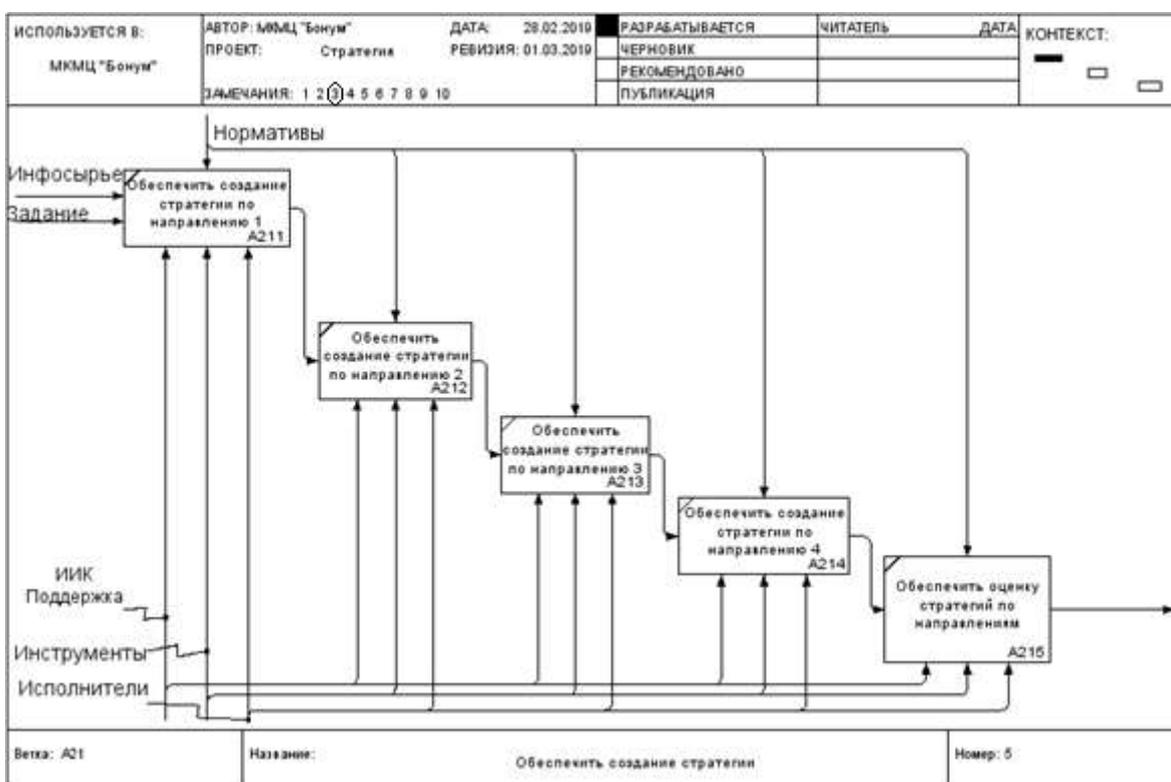


В составе составляющей A₁ предусмотрены hard, soft и brain – поддержки (A₁₁ – A₁₃).

ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

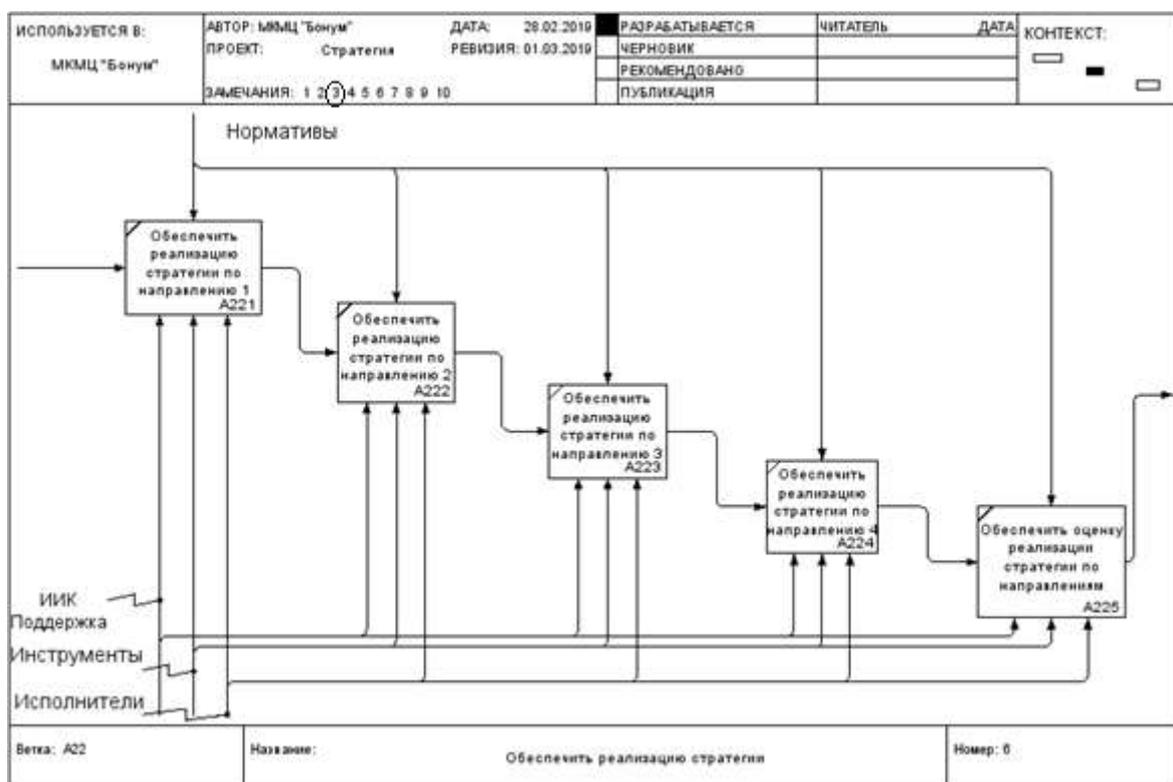


В составе составляющей A_2 необходимо учесть работы как по созданию, так и по реализации стратегии (A_{21} , A_{22}).

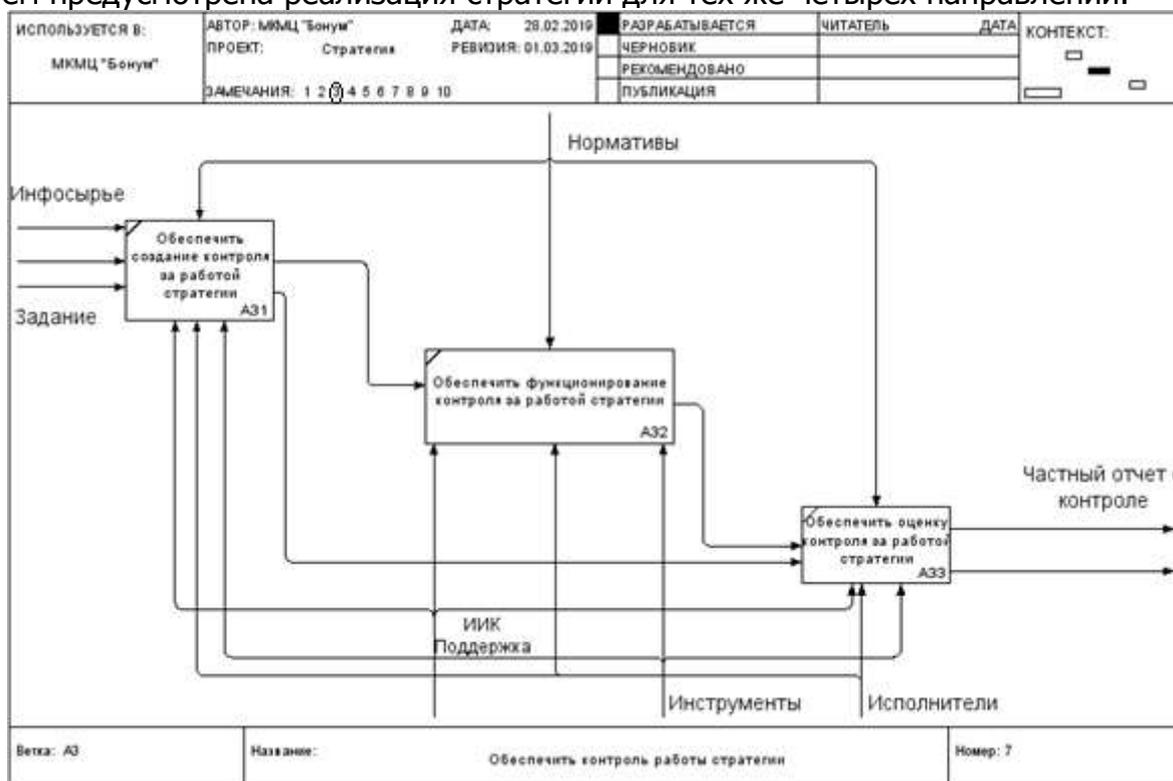


Таким образом, в ходе создания предложено учесть четыре направления стратегии по улучшению качества медицинской помощи от риск-ориентированных технологий (A_{211}),

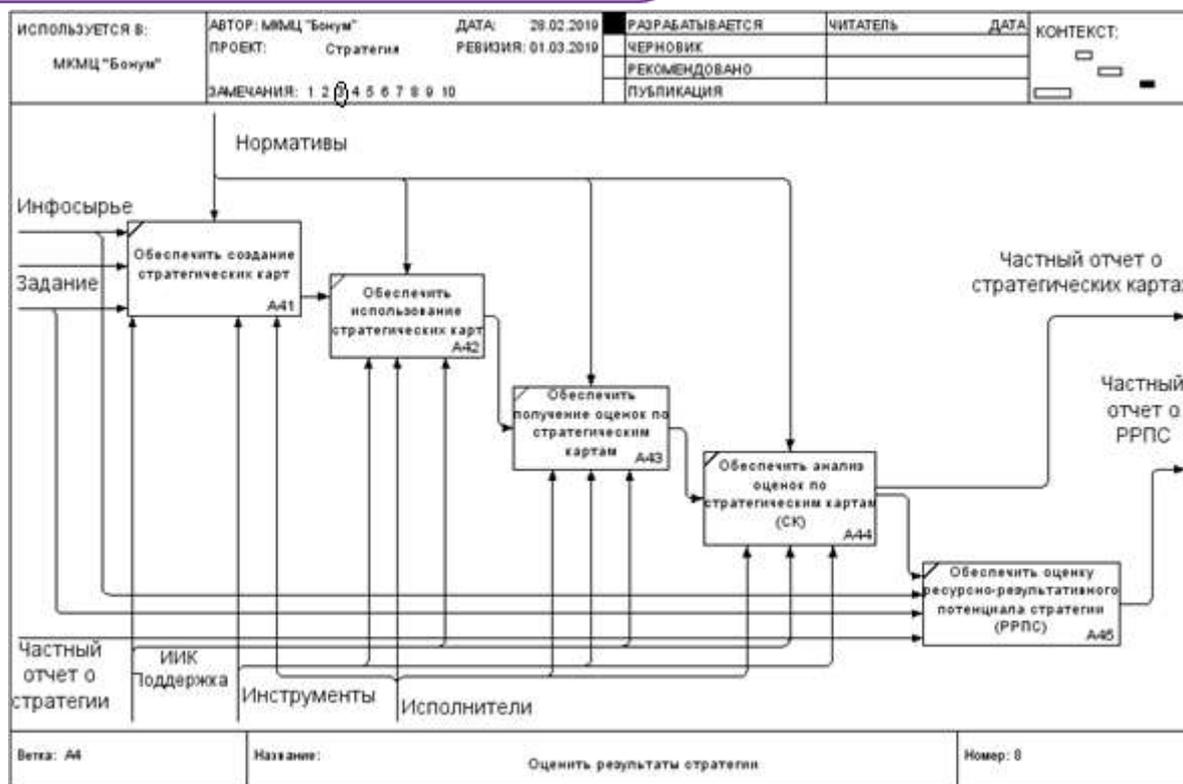
управления переподготовкой (A₂₁₂), НИР (A₂₁₃) и предпринимательской деятельности (A₂₁₄).



Затем предусмотрена реализация стратегии для тех же четырех направлений.



В модели отражена необходимость разработки систем контроля (A₃₁) и обеспечения их функционирования (A₃₂) с оценкой качества этих функций (A₃₃).



В модели заложена работа со стратегическими картами [6] (A41 – A44), а также – оценка ресурсно-результативного потенциала стратегии (A45) по расчетам (1 – 6).

Таким образом, пакет функционально-структурных моделей дает основу для дальнейшей детализации всех составных частей пердела A₀ и соответствующих связей.

Результаты и выводы

1. Поставлена и решена задача по очередному шагу моделирования разработки и оценки стратегии развития клинического медицинского учреждения в части концептуального описания стратегии МКМЦ «Бонум», расчетных формул и пакета функционально-структурных моделей.
2. Предложены к рассмотрению основное (потенциальная сила) и семь дополнительных свойств (уникальность, гибкость, эффективность, адекватность, поведенческая ментальность, срочность и управляемость) стратегии.
3. Потенциальная сила стратегии представлена как взвешенное произведение пяти составляющих ресурсно-результативного потенциала в соответствии с идеологией IDEF0.
4. Сделан вывод о возможности следующего шага моделирования по обозначенной теме.

Список литературы

1. Дугина Е.А. О создании стратегии развития государственного медицинского учреждения в современных условиях / Е.А. Дугина, Е.М. Грицюк, С.Л. Гольдштейн // Системная интеграция в здравоохранении, №5, 2018. – С. 22-37.

2. Гольдштейн С.Л., Системная интеграция бизнеса, интеллекта, компьютера / С.Л. Гольдштейн. – Екатеринбург: ИД «Пирогов», 2006. – 392 с.
3. Грицюк Е.М. Развитие моделей системной компьютеризированной поддержки деятельности эпидемиолога при реинжиниринге медицинского учреждения / Е.М. Грицюк / Диссертация в виде научного доклада ... д.м.н. – Екатеринбург, 2016. – 69 с.
4. Дугина Е.А. Развитие моделей системы организации специализированной медицинской помощи детям на основе теории потенциалов / Е.А. Дугина / Диссертация в виде научного доклада ... д.м.н. – Екатеринбург, 2018. – 68 с.
5. IDEF – Википедия [Электронный ресурс]. - <https://ru.wikipedia.org/wiki/IDEF>. - (дата обращения: 26.03.2019).
6. Ольве Н. Г., Оценка эффективности деятельности компании. / Н.Г. Ольве, Ж. Рой, М. Веттер. – М.: Издательство «Вильямс», 2003. – 304 с.

Грицюк Елена Михайловна, - д.м.н., врач-эпидемиолог ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

О СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ КЛИНИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ: ИЕРАРХИЯ ПОНЯТИЙ «КОРПОРАТИВНЫЕ КУЛЬТУРА И ИДЕОЛОГИЯ»

Гольдштейн С.Л.¹, Грицюк Е.М.², Дугина Е.А.², Маржина Е.А.², Елькин И.О.²

¹ ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н.Ельцина», г. Екатеринбург, РФ.

² ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ

Рассмотрена частная задача проблемы управления персоналом клинического медицинского учреждения (КМУ). Представлено описание связи понятий «корпоративная культура – корпоративная идеология КМУ». Предложены формализованное пространство задачи, иерархия этих понятий с примером когнитивного маршрута, а также схема и алгоритм поведения персонала.

Ключевые слова: управление персоналом, иерархия понятий, корпоративная культура, корпоративная идеология, когнитивные маршруты.

On the personnel management system of the clinical medical institution: hierarchy of concepts "corporate culture and ideology"

Goldshtein S.L.¹, Gritsuk E.M.², Dugina E.A.², Margina E.M.², Elkin I.O.²

¹UrFU, Yekaterinburg, Russian Federation

²GUAZ SO MKMC "Bonum", Yekaterinburg, Russian Federation

The private problem of the problem of personnel management of clinical medical institution (CMU) is considered. The article describes the relationship between the concepts of "corporate culture – corporate ideology of CMU". The formalized space of the problem, the hierarchy of these concepts with an example of cognitive route, as well as the scheme and algorithm of staff behavior are proposed.

Keywords: personnel management, hierarchy of concepts, corporate culture, corporate ideology, cognitive routes.

Введение

Несмотря на то, что управлению персоналом [1 - 4], а также его моделям [5 - 7], посвящено множество научных публикаций в сфере менеджмента, для клинического медицинского учреждения (КМУ), находящегося в переходном периоде, эта задача специфична. Прежде всего, особенность связана с иерархией основных понятий

«корпоративная культура» и «корпоративная идеология», как базой знаний (желательно компьютерной) для анализа и принятия решений.

В статье поставлена и решена эта задача в части формализации пространства ее представления, соответствующего тезауруса понятий и примера когнитивного маршрута, а также схемы и алгоритма поведения персонала КМУ.

Формализованное представление пространства задачи об управлении персоналом КМУ

Исходя из представлений о системной интеграции [8] нами предлагается формализм, приведенный на рис. 1. Объект рассмотрения представлен конусом понятий, помещенным в трехмерную систему управления с фиксацией величин управления - ресурсного воздействия (своего и помехи), времени и качества объекта. Совокупность поверхностей откликов на управление для каждого элемента объекта дает информацию и основание для перевода объекта из исходного состояния в желаемое.

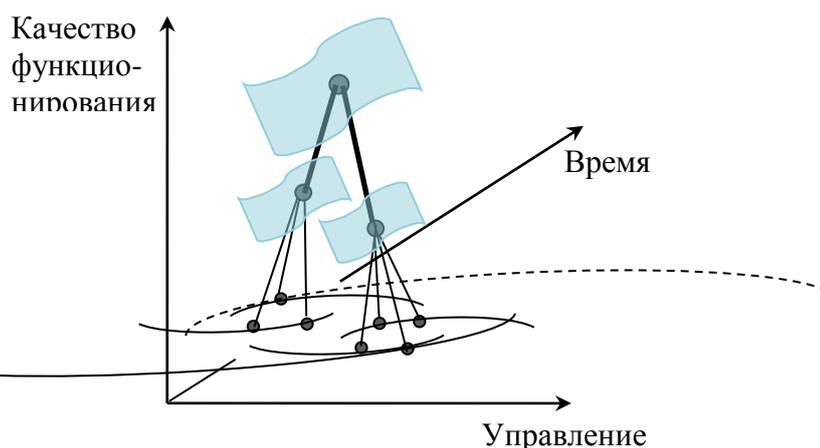


Рис.1 Схема вложения конуса понятий в прямоугольную систему координат «Качество – управление – время»

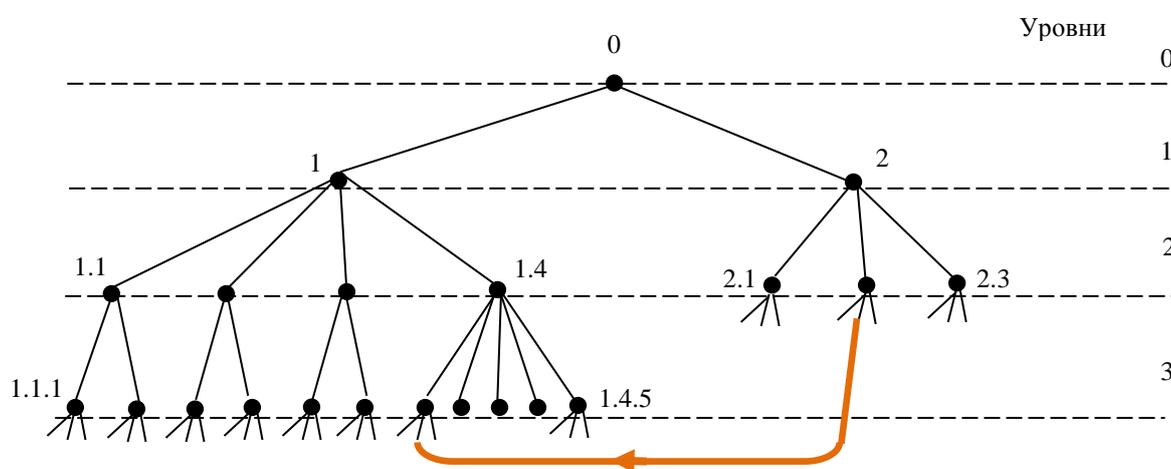


Рис.2 Фрагмент иерархии понятий к шаблону термина «Управляемые культура/идеология» (1 – культура/идеология, 2 – система управления культурой/идеологией, 1.1 – целевые установки, 1.2 – объект, 1.3 – качества, 1.4 – составляющие, 1.1.1 – сохранение статуса, 1.1.2 – изменение статуса, 1.2.1 – культура, 1.2.2 –

идеология, 1.3.1 – общие, 1.3.2 – корпоративные, 1.4.1 – отношения людей, 1.4.2 – идеи, 1.4.3 – взгляды, 1.4.4 – проблемы/ситуации, 1.4.5 – конфликты, 2.1 – фиксация состояний, 2.2 – критерии качества, 2.3 – воздействия)

В первом приближении (на плоскости) объект может быть представлен следующей иерархией понятий (рис. 2 и 3).

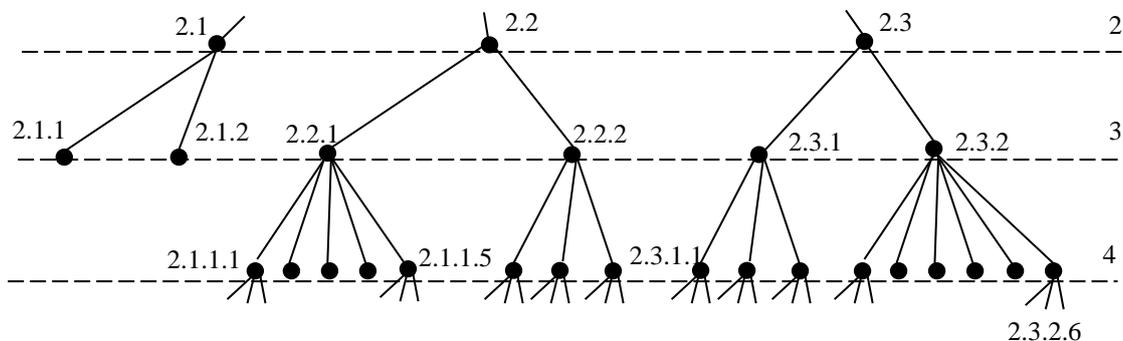


Рис.3 Фрагмент иерархии понятий к рис.2

(2.1.1 – по фактическим значениям, 2.1.2 – по требуемым значениям, 2.2.1 – для результата, 2.2.2 – для процесса, 2.3.1 – по виду, 2.3.2 – по ресурсам, 2.2.1.1 – качества миссии, идеалов, правил, лозунгов, символов, знаков, 2.2.1.2 – качества поведения субъектов, 2.2.1.3 – качества воспитания руководителей, 2.2.1.4 – качества средств массовой информации, 2.2.1.5 – качества руководителей, 2.2.2.1 – своевременность, 2.2.2.2 – технологичность, 2.2.2.3 – затратность, 2.3.1.1 – основное, 2.3.1.2 – стимулирование, 2.3.1.3 – мотивирование, 2.3.2.1 – финансовым, 2.3.2.2 – материальным, 2.3.2.3 – энергетическим, 2.3.2.4 – людским, 2.3.2.5 – информационным, 2.3.2.6 – временным).

На рис. 2 и 3 по вертикали – уровни понятий: старшее, среднее, младшие, по горизонтали – значимость в конкретной задаче. Поскольку значимость может зависеть от точки зрения управленца, целесообразно использовать объемное представление, например в виде конуса (рис.4).

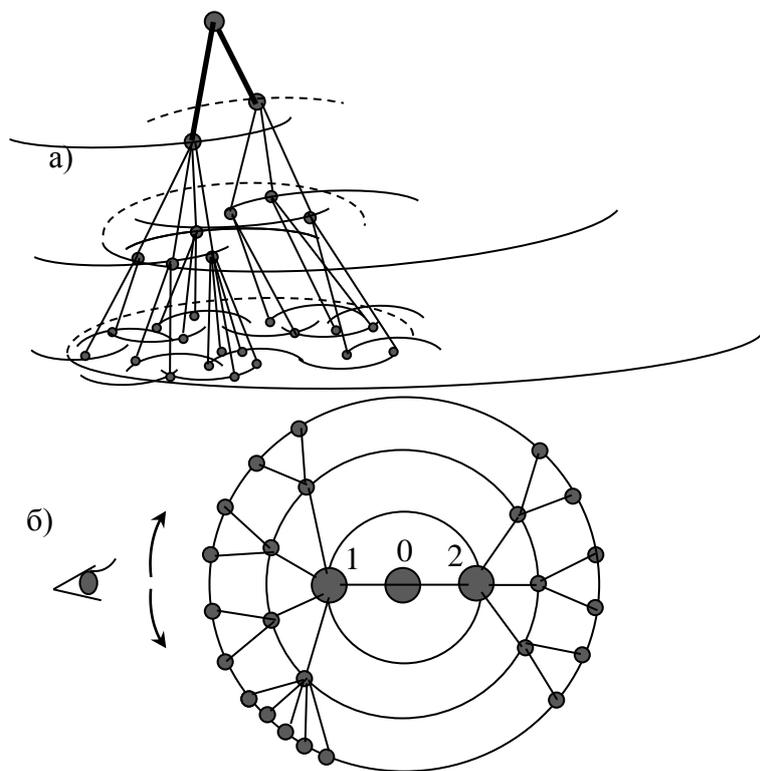


Рис. 4 Объемное (а) представление структуры онтологии понятий и его условный вид сверху (б)

При этом (плоском или объемном) представлении предполагается опционное устройство каждой вершины или дуги [9] типа: опция 1 - определение или концептуальная модель, опция 2 – источник информации, опция 3 - модельный формализм, опция 4 – примеры.

Тогда общая конструкция онтологии дает остов системы знаний, которую можно строить, пополнять, видоизменять и использовать. Качество самой онтологической структуры проверяемо по известным критериям [10]. При этом одно из полезных свойств онтологии – возможность задания когнитивных маршрутов для фиксации не только иерархических (вертикальных), но и причинно-следственных (горизонтальных) связей. Например, так как показано на рис.2: качество отношений между людьми (вершина 1.4.1) зависит от критериев качества управления (вершина 2.3 или ее декомпозиции на рис.3).

Графическая схема задачи формализации понятий «корпоративные культуры и идеология» для МКМЦ «Бонум»

Дано: схема на рис.5. В ее основе информация о поведении людей и основных инструментов стратегии [11] и [12], а также - фрагменты из рис. 2-3. Требуется: дополнить и адаптировать иерархии на рис. 2 и 3, представить опционное наполнение всех вершин и дуг, провести компьютерную реализацию. Для решения этой задачи в интересах МКМЦ «Бонум» необходимо, прежде всего, создать техническое задание (ТЗ), желательно с использованием разрабатываемого автоматизированного генератора ТЗ.

ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

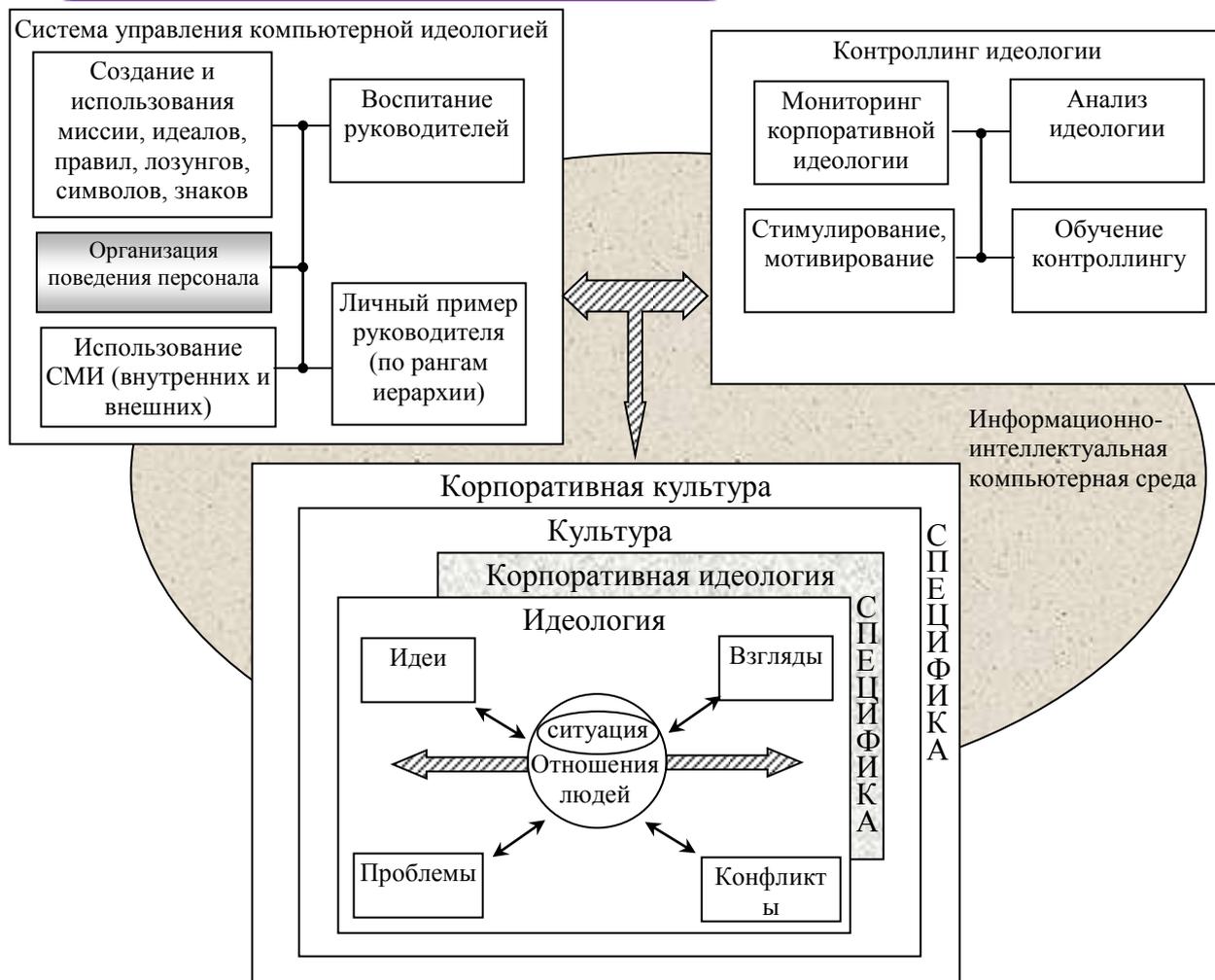


Рис.5 Пример схемы связи основных терминов по задаче

Видно, что одна из важных подзадач – организация требуемого поведения персонала МКМЦ «Бонум». За прототип нами взята общая схема [11], воспроизведенная на рис. 6. Ее представление в виде блок-схем приведено на рис. 7.

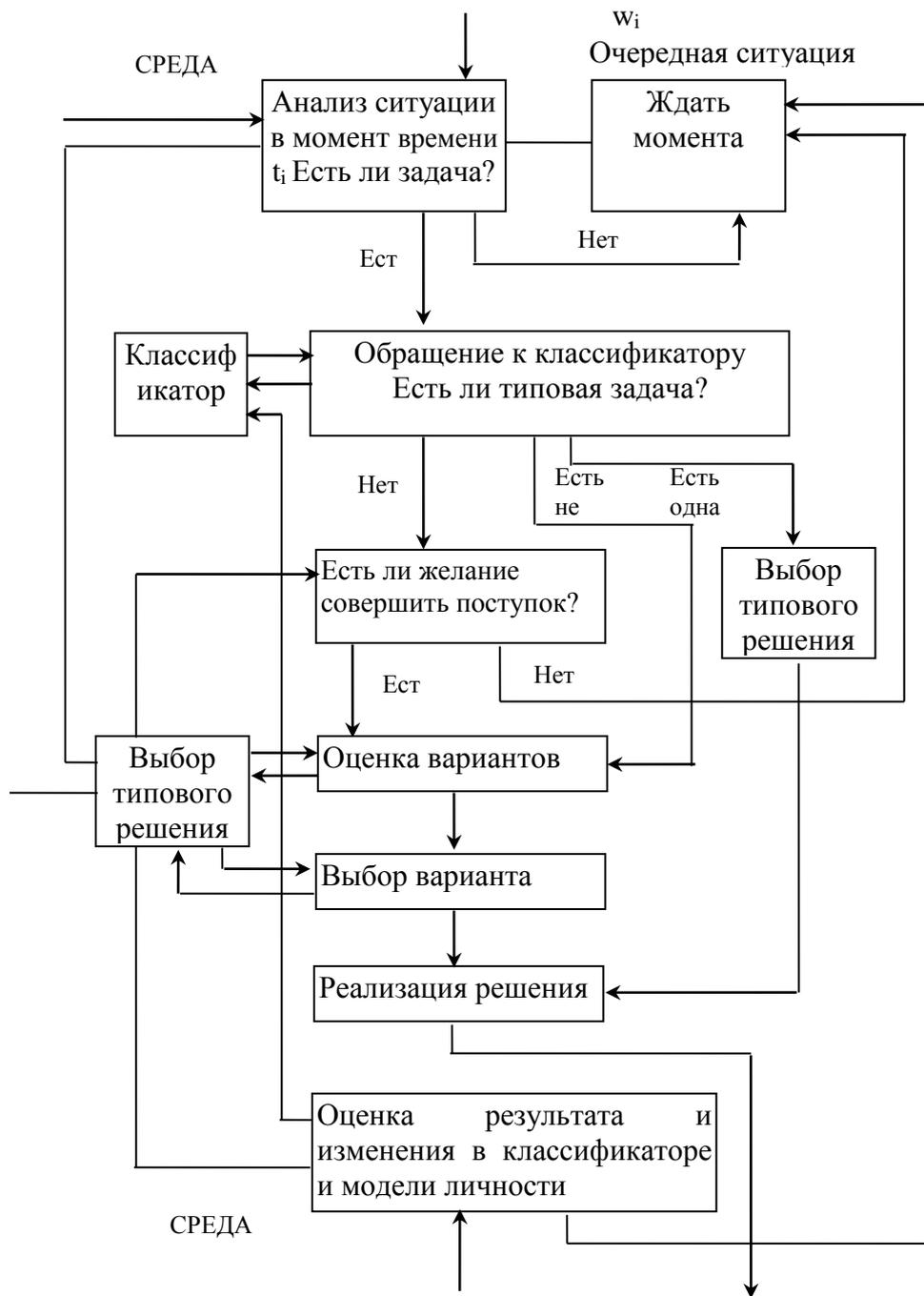


Рис. 6 Схема управления персоналом по [11]

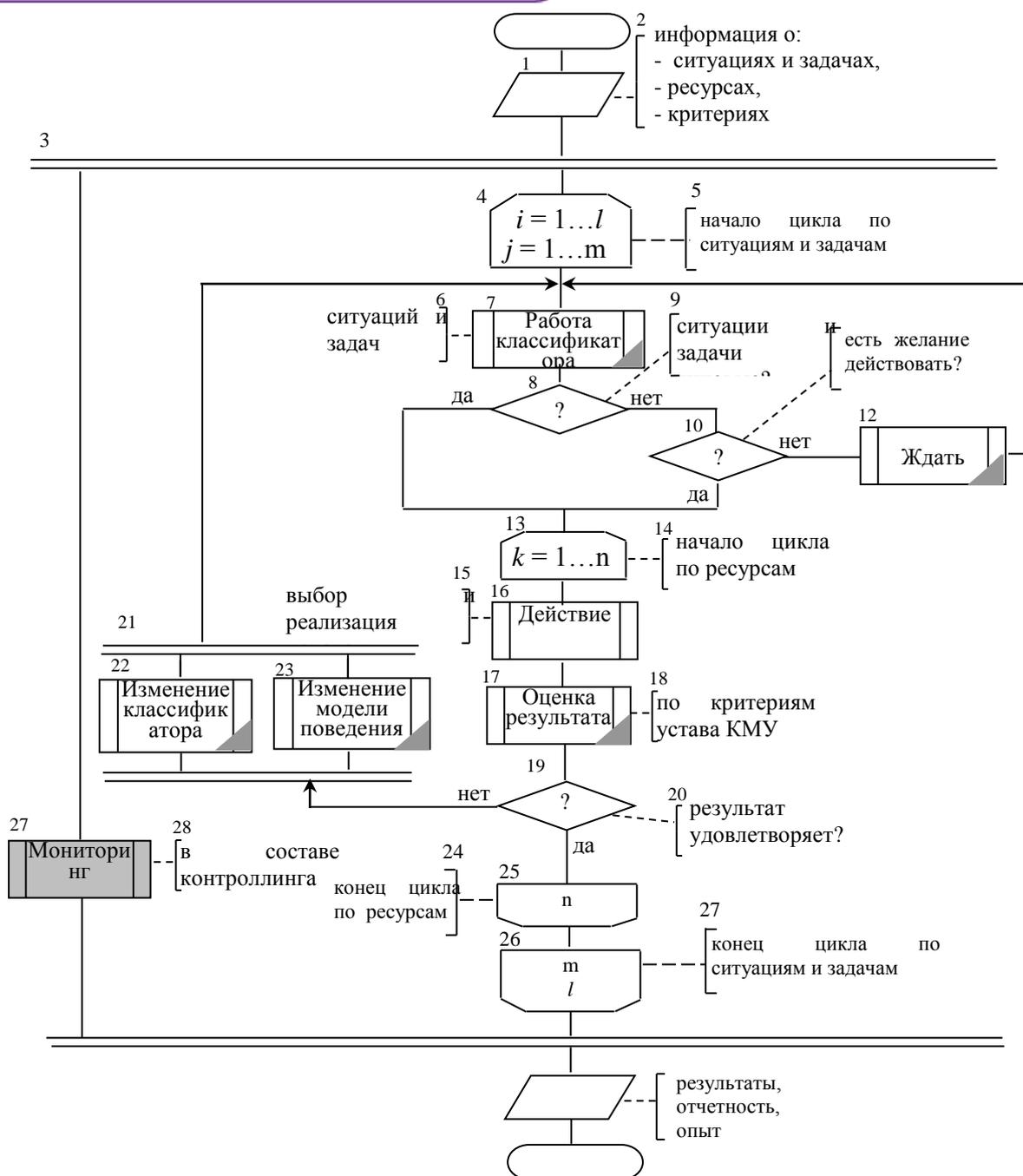


Рис. 7 Алгоритм управления персоналом на языке блок-схем (новизна отражена фоном и углом)

Видно, что новизна алгоритма связана с введением блоков 27 и 28 и развитием блоков 7, 12, 18, 22, 23.

Результаты и выводы

1. Поставлена и решена задача онтологической формализации понятий «корпоративная культура» и «корпоративная идеология» в рамках проблематики системы управления персоналом клинического медицинского учреждения;

2. Предложено представление пространства задачи об управлении персоналом в виде конуса онтологии как объекта в системе координат «Качество – управление – время»;

3. Составлена иерархия понятий «культура/идеология» до четвертого уровня декомпозиции в плоском и объемном форматах с примером когнитивного маршрута;

4. Приведен пример схемы связи этих понятий в интересах системы управления МКМЦ «Бонум»;

5. Составлен алгоритм организации поведения персонала, отличающийся от прототипа введением блока мониторинга с модернизацией блоков классификации ситуаций, моделей поведения и др.;

6. Сделан вывод о возможности перехода к следующему шагу моделирования системы управления персоналом клинического медицинского учреждения.

Список литературы

1. Шапиро С.А. Управление трудовой карьерой как механизм развития персонала организации / С.А. Шапиро, - М: РХТУ, 2012. – 195 с.
2. Гелих О.Я. Управление персоналом и человеческий капитал современной России / О.Я. Гелих, В.П. Соломин, Г.А. Тульчинских, С-Пб: Книжный дом, 2011. – 416 с.
3. Дуракова И.Б. Актуальные проблемы управления персоналом / И.Б. Дуракова, Е.С. Корыстина, - М: Инфра-М, 2018. – 226 с.
4. Костин А.А. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения / А.А. Костин, Б.Г. Пономаренко, Ю.В. Самсонов, - М: Этносоциум, 2015. – 96 с.
5. Милованов В.П. Синергетика и самоорганизация. Общая и социальная психология / В.П. Милованов, - М: Ком Книга, 2005. – 208 с.
6. Леонтьев С.В. Модели и методы управления разработкой и реализацией программы регионального развития / С.В. Леонтьев, - М: изд. Физико-математической литературы, 2002. – 208 с.
7. Новиков Д.А. Механизмы стимулирования в моделях активных систем с нечеткой неопределенностью / Д.А. Новиков, - М: изд. Институт проблем управления РАН, 1997. – 101 с.
8. Гольдштейн С.Л. Об онтологическом пространстве системной интеграции / С.Л. Гольдштейн, А.Г. Кудрявцев, С.С. Печеркин // Вестник РАЕН, №1, 2014. – С. 133-139.
9. Гольдштейн С.Л. Инструментальная оболочка для визуализации работ с каркасом тезаурусной системы знаний / С.Л. Гольдштейн, А.В. Тюлюкин // Сб. «Алгоритмы и программные средства параллельных вычислений», - Екатеринбург: ИММ УрО РАН, 2003. вып.7. – С. 50-70.
10. Гаврилова Т.А. Субъективные метрики оценки онтологий / Т.А. Гаврилова, В.А. Горовой, Е.С. Болотникова, В.В. Горелов / ЗОНТ-09
URL: [www.math.ncs.ru/conference/zont09/reports/39Gavrilova ...](http://www.math.ncs.ru/conference/zont09/reports/39Gavrilova...)
11. Поспелов Д.А. Нормативное поведение в мире людей и машин / Д.А. Поспелов, В.А. Шустер, - Кишинев: Штиинца, 1990. – 132 с.
12. Дугина Е.А. О создании стратегии развития государственного медицинского учреждения в современных условиях / Е.А. Дугина, Е.М. Грицюк, С.Л. Гольдштейн // Системная интеграция в здравоохранении», №5, 2018. – С. 23-37.

О ПЕРВИЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ И РАССУЖДЕНИЯХ ЧЕЛОВЕКА – ТРАНСЛЯТОРА ТЕКСТА ИЗ МЕДИЦИНЫ В ФИЗИКУ

Зимин А.О.¹, Грицюк Е.М.², Гольдштейн С.Л.¹

¹ ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н.Ельцина», г. Екатеринбург, РФ.

² ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ

В статье рассмотрена задача о действиях и рассуждениях человека-транслятора текстов из медицины в физику. Приведен опорный пример медицинской ситуации и запроса на трансляцию, дана первичная постановка задачи. Предложен пакет алгоритмических моделей функционирования транслятора и сформированы шаги задания на формализованное описание рассуждений в виде продукционных правил.

Ключевые слова: трансляция текста, алгоритмы функционирования, постановка задачи, частный опорный пример, моделирование, медицина, физика.

On primary actions and discussions of the person - translator of the text from medicine to physics

Zimin A.O.¹, Gritsyuk E.M.², Goldshtein S.L.¹

¹UrFU, Yekaterinburg, Russian Federation

²GUAZ SO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, Russian Federation

The article deals with the problem of the actions and reasoning of a human-translator of texts from medicine to physics. The reference example of a medical situation and a request for a translation is given, the initial formulation of the problem is given. A package of algorithmic models of the functioning of the translator is proposed and the steps of the task for the formalized description of the arguments in the form of production rules are formed.

Keywords: text translation, operation algorithms, problem statement, particular reference example, modeling, medicine, physics.

Введение

Трансляция текстов – это деятельность по интерпретации смысла текста на одном языке и созданию нового эквивалентного ему текста на другом языке. С распространением понятия «трансляционная медицина» [1] появляется специфика, связанная с тем, что базовый язык (например, русский, английский) при такой трансляции сохраняется, но возникает необходимость в его профессиональной спецификации, в частности из медицины в физику. Учет этой спецификации требует адаптации действий и

рассуждений известных механизмов трансляции. Ранее нами разработан пакет соответствующих системно-структурных моделей [2].

В этой статье поставлена и решена задача отражения этих особенностей в алгоритмических моделях. При их развитии исходили из частного примера, связанного с медицинскими потребностями семьи.

Опорный пример медицинской ситуации и запроса на трансляцию

Описание ситуации и медицинский запрос от семьи студента физтеха может выглядеть следующим образом:

«В моей семье иногда болеют. Члены семьи могут болеть разными видами заболеваний, некоторые лечатся легко и не требуют много усилий на выздоровление, а некоторые лечатся долго. Также надо принимать во внимание возраст членов семьи. С возрастом становится больше возможных заболеваний, для лечения которых потребуется принятие лекарственных средств, и увеличивается степень их тяжести. Также стоит учитывать денежные затраты на лекарства. Бюджет нашей семьи не очень большой, поэтому мы не можем позволить себе самые дорогие зарубежные лекарства, так что мы ищем им российские аналоги. Некоторые лекарства неприятны на вкус, поэтому в детском возрасте мы с братом не любили их принимать и могли заболеть еще сильнее. Важно помнить, что нельзя пить лекарства постоянно и большинство из них имеют побочные действия даже при недлительном приеме. Поэтому при приеме, например, антибиотиков, рекомендуется принимать также пробиотики, чтобы уменьшить негативное влияние антибиотиков на организм. Но, если следовать рекомендациям лечащего врача и инструкциям по применению лекарственных препаратов, то можно не опасаться за здоровье организма. Каждый член семьи может попасть в больницу с тяжелым заболеванием или травмой. Возможно, будет необходимо оказание первой медицинской помощи родственниками или бригадой скорой помощи, которая может приехать вовремя или задержаться в дороге или на другом срочном вызове. Многие специалисты утверждают, что необходимо проходить плановое полное обследование организма раз в три года. Это может предотвратить развитие многих заболеваний на корню. Но члена семьи с медицинским образованием у нас нет. У всех инженерные или физико-технические специальности. Было бы полезно иметь переводчика с языка медицины на понятный членам нашей семьи инженерно-технический язык, например, язык физики. Кроме того, мы в семье полагаем, что такой переводчик был бы полезен и медикам».

Первичная постановка задачи

Будем полагать, что до создания системы искусственного интеллекта, способной быть таким переводчиком, нужно создать модель действий и рассуждений естественного интеллекта, способного к выполнению соответствующих функций.

При таком запросе человек – транслятор, прежде всего, должен ответить на три вопроса: зачем, что и как делать?, которые обозначат задачу, интерпретируют исходный текст и мотивируют на качественный перевод.

Зачем делать транслятор? Семья – это сложный объект, трудно описать и понять в достаточной мере процессы, происходящие в нем, поэтому с ним происходит много проблемных ситуаций. Одна из главных – противоречие между желаниями семьи и доступными ресурсами. Также и в медицине. В ситуациях легкой и средней сложности современная медицина разбирается самостоятельно. А при высокой сложности обойтись только своими знаниями проблематично, и современная физика может в этом помочь, ведь там некоторые вещи уже решены, но они не находятся в массовом распространении и медицинском применении. Чтобы сформулировать запрос из медицины в физику нужно произвести адаптацию текста запроса и заинтересовать потенциального адресата.

В подобных ситуациях проблема со сложным объектом – поддержание здоровья семьи или повышение компетенции медицинского персонала, а доступные ресурсы – деньги. В запросе, по сути, предлагается денежное вознаграждение за помощь в разрешении этой сложной ситуации. Вопрошающий сам плохо знает откуда может прийти помощь, поэтому хочет нанять переводчика, разбирающегося в медицине и знающего, кто и чем может помочь из других областей знаний. От результата и качества перевода будет зависеть и денежное вознаграждение самого переводчика.

Что должен делать человек-транслятор? Обладая компетенциями в двух сферах знаний (медицине и физике) понять нужду заказчика, иметь список возможных исполнителей заказа, ранжировать этот список, адаптировать перевод, адаптировать перевод к особенностям потенциального исполнителя, попросить готовую методику диагностики и лечения, объяснение, если нет готовой методики, рассказать о заделах, начинаниях, моделях, и, как минимум, подтвердить, что что-то начали разрабатывать.

Как может работать будущий компьютерный транслятор? Для ответа на вопрос нужен пакет алгоритмов и рассуждений человека-транслятора.

Алгоритмические модели механизма трансляции «Медицина – Физика»

На рисунке 1 представлена прототипная алгоритмическая модель механизма трансляции «Медицина – Физика», которая, по нашему мнению, может быть пригодна для

решения задачи. Прямоугольники со штриховкой и уголки означают настройку на специфику.

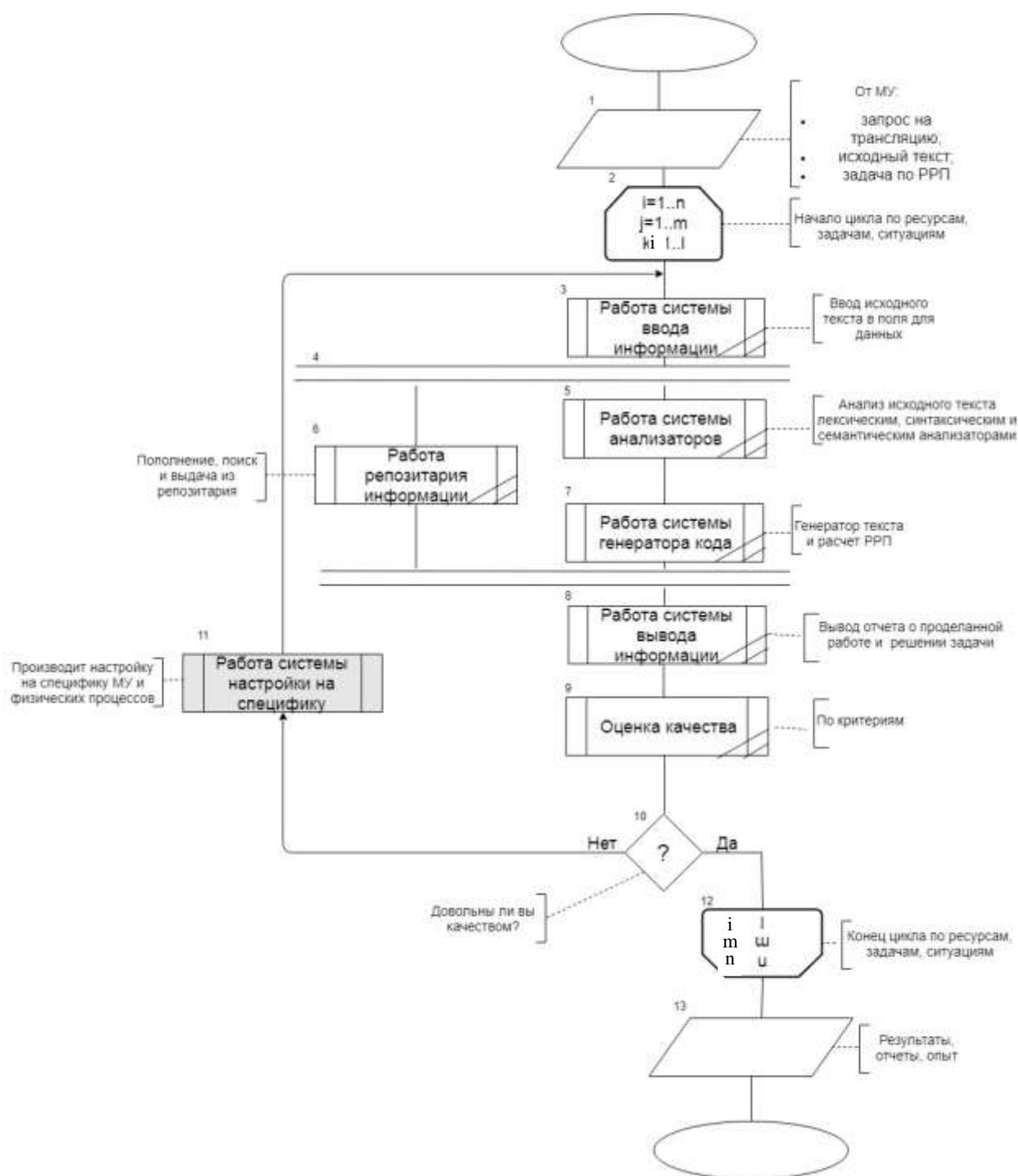


Рис.1. Алгоритмическая модель механизма трансляции «Медицина – Физика» по прототипу [3] и предлагаемому решению: фон, уголки

На вход поступают: запрос на трансляцию, исходный текст, критерий качества ресурсно-результативного потенциала транслятора (РРПТ), на выходе – результаты, отчеты, опыт. Работа в теле циклов начинается с функционирования системы ввода информации (блок 3), далее – систем анализаторов (блок 5) и генератора продукта (блок 7) параллельно с репозитарием информации (блок 6). Затем работает система вывода

информации (блок 8). Если полученные результаты не устраивают, работает система настройки на специфику (блок 11), которая находится в линии обратной связи, после чего весь алгоритм функционирования повторяется в циклах (блоки 2 и 12).

На рисунке 2 приведена алгоритмическая модель системы ввода информации.

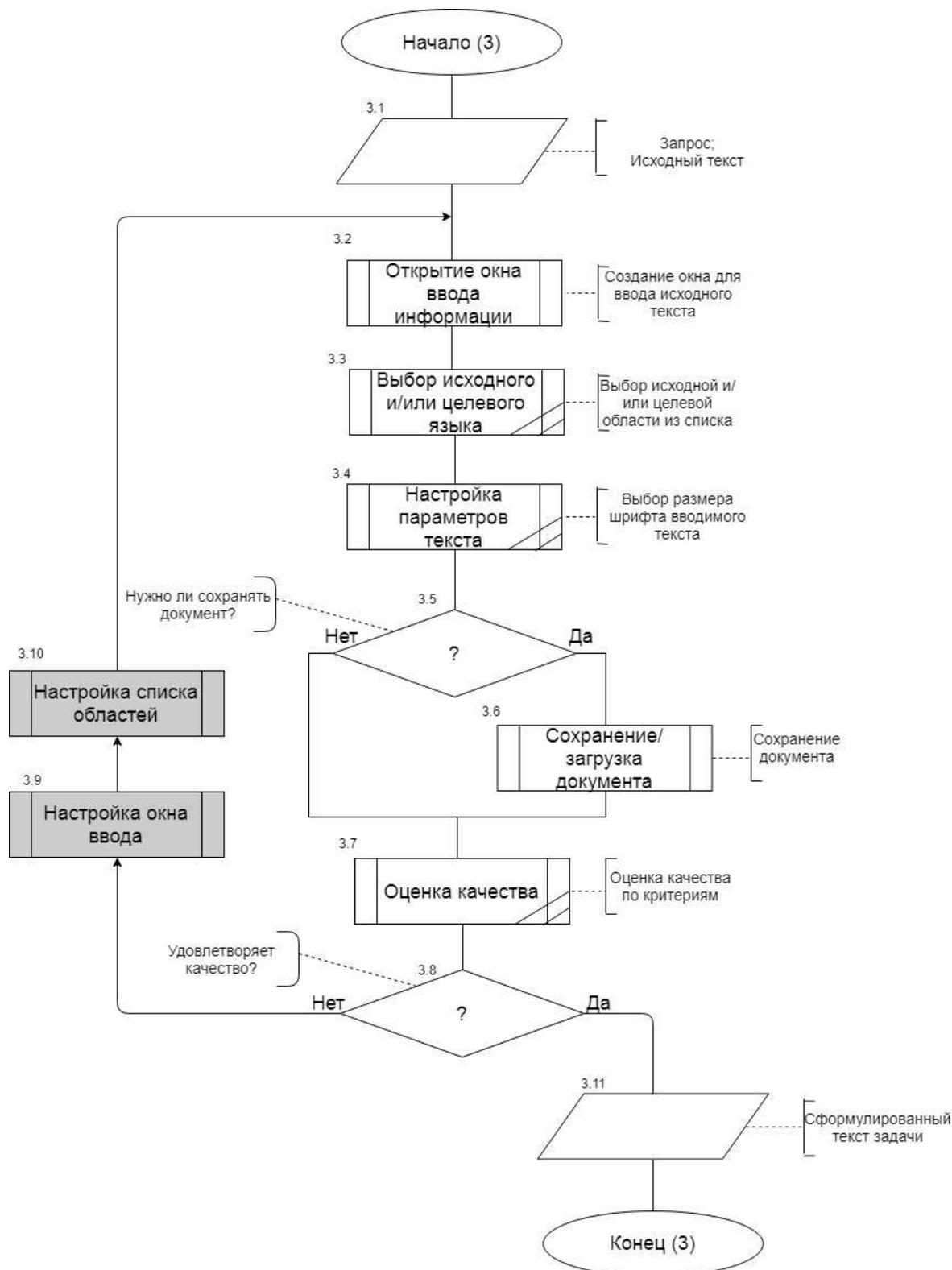


Рис. 2.- Алгоритмическая модель системы ввода информации по прототипу [3] и предлагаемому решению: фон, уголки

На вход поступают запрос и исходный текст, например, запрос от семьи. На выходе – сформулированный текст задачи, например, электронный текст запроса от семьи.

Работа начинается с подсистемы открытия окна ввода информации (блок 3.2), затем все подсистемы работают последовательно. Если пользователю нужно сохранить или загрузить исходный документ, то для этого предусмотрен этап сохранения/загрузки документа (блок 3.6). После отрицательной оценки (блок 3.7) – настройка (блоки 3.9 и 3.10).

На рисунке 3 представлена алгоритмическая модель системы анализаторов.

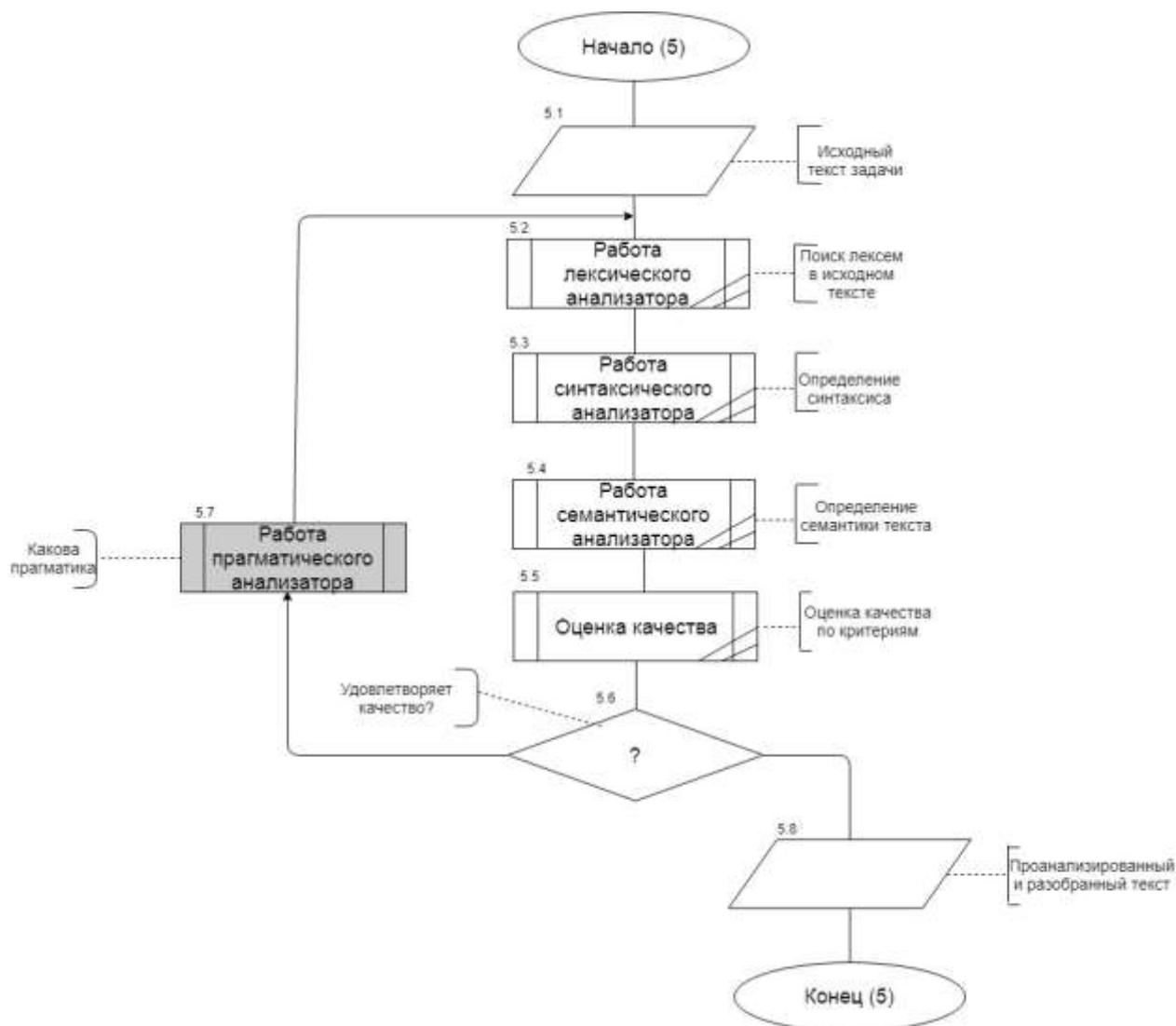


Рис. 3. Алгоритмическая модель системы анализаторов по прототипу [3] и предлагаемому решению: фон, уголки

На вход поступает исходный сформулированный текст в электронном виде, а на выходе получаем проанализированный и разобранный текст.

Лексический (блок 5.2), синтаксический (блок 5.3) и семантический (блок 5.4) анализаторы работают последовательно, а прагматический (блок 5.7) – в цепи обратной связи.

На рисунке 4 представлена алгоритмическая модель работы репозитария информации.

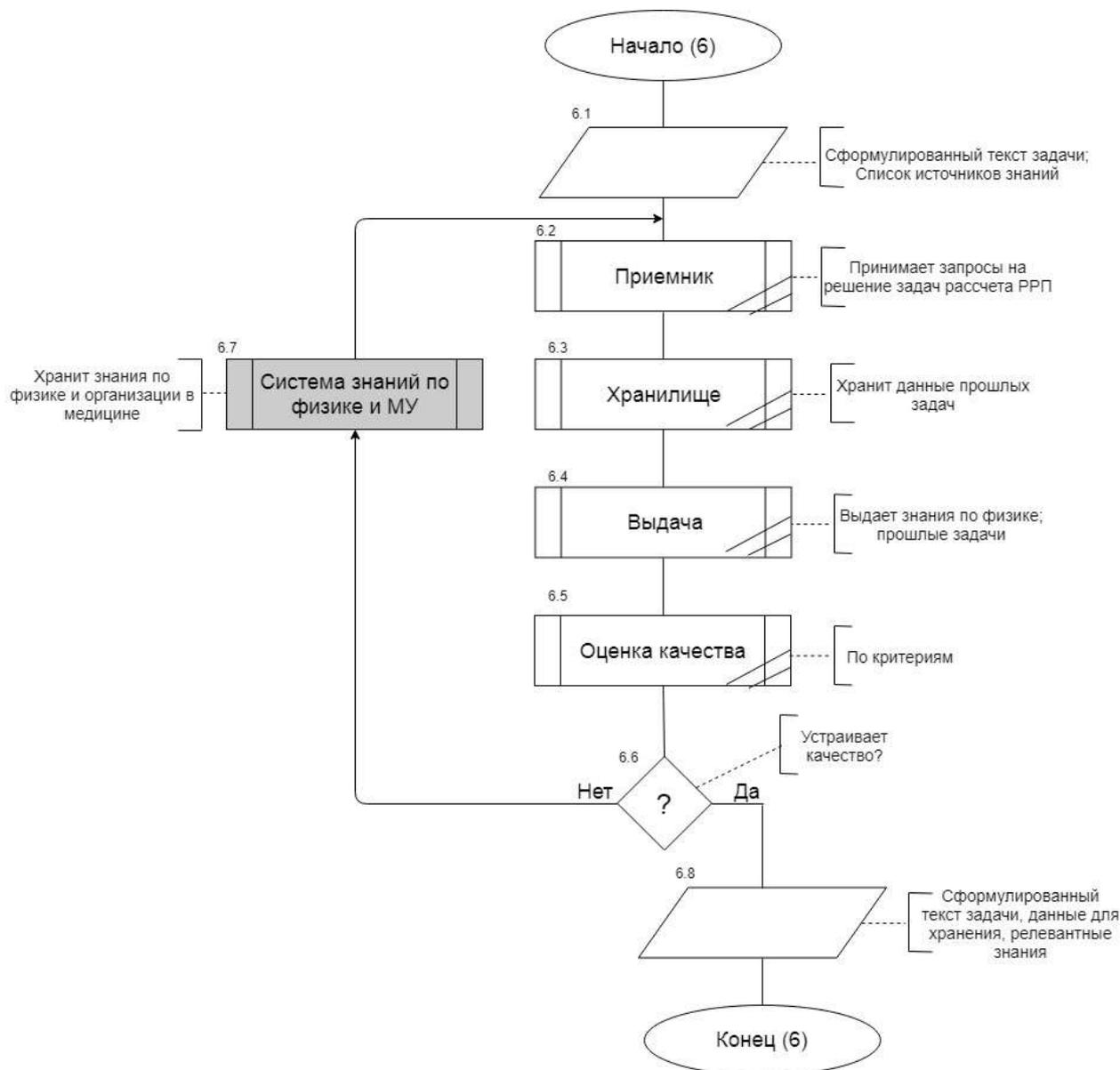


Рис. 4. Алгоритмическая модель репозитария информации по прототипу [3, 4] и предлагаемому решению: фон, уголки

На входе – сформулированный электронный текст задачи и законы, постулаты, модели из физики. А на выходе – сформулированный текст задачи, данные для хранения и релевантные знания, например, список статей по трансляции текста из медицины в различные области физики.

Работа начинается с функционирования приемника (блок 6.2), далее – работа хранилища (блок 6.3), затем подсистемы выдачи (блок 6.4). Если полученные результаты не устраивают своим качеством, то необходимо включить в работу подсистему знаний по

физике и МУ (блок 6.7), которая находится в линии обратной связи, после чего весь алгоритм функционирования повторяется.

На рисунке 5 представлена алгоритмическая модель системы генератора продукта.

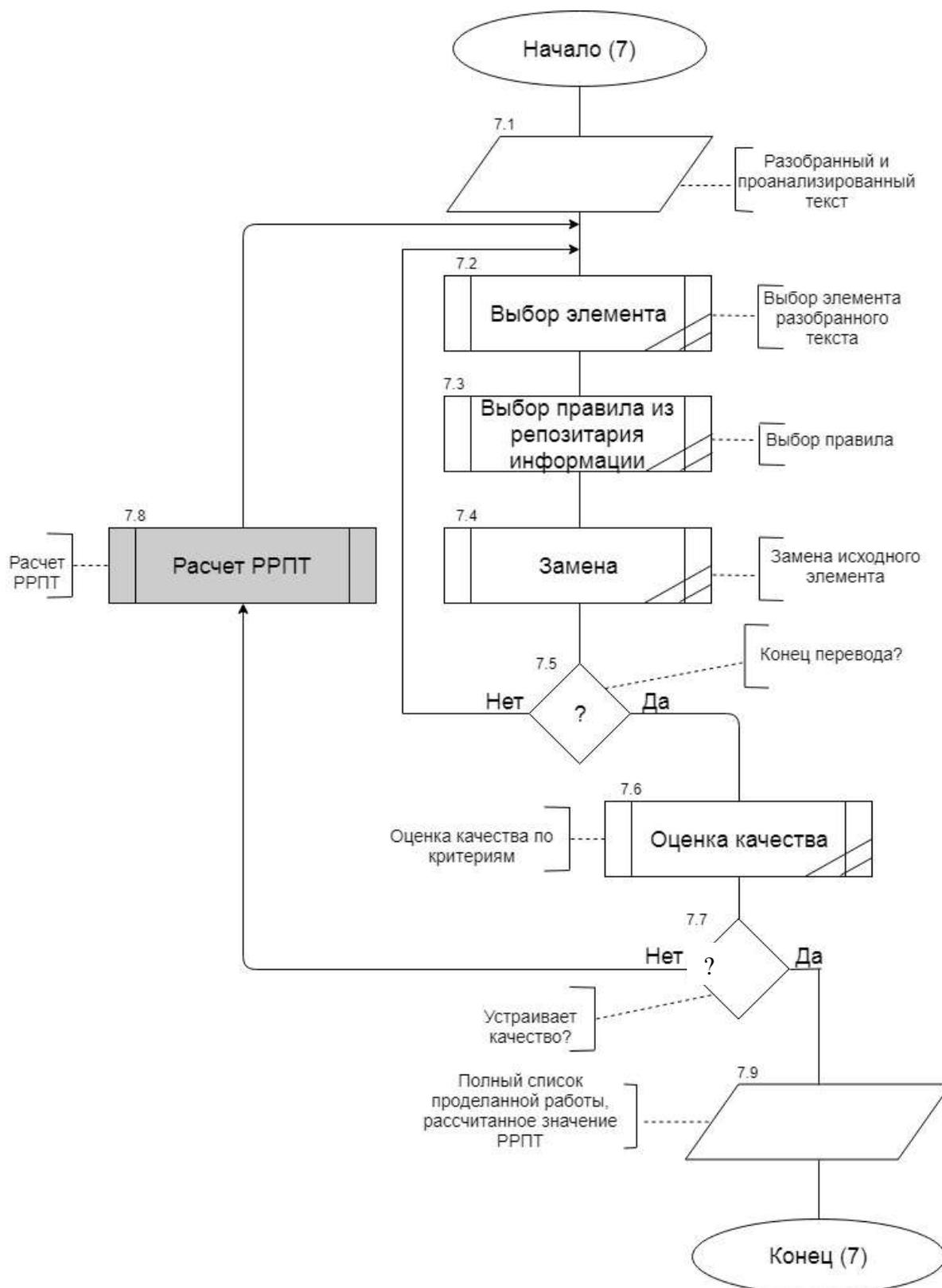


Рис. 5. Алгоритмическая модель системы генератора продукта по компилятивному прототипу [3, 5] и предлагаемому решению: фон, уголки

На вход поступает выход с системы анализаторов, то есть, разобранный и проанализированный текст, а на выходе – полный список проделанной работы, рассчитанное значение РРПТ. Работа начинается с функционирования подсистем выбора элемента (блок 7.2), правила (блок 7.3) и замены (блок 7.4) последовательно. Если полученные результаты не устраивают, то необходимо включить подсистему расчета ресурсно-результативного потенциала транслятора (блок 7.8).

На рисунке 6 представлена алгоритмическая модель системы вывода информации.

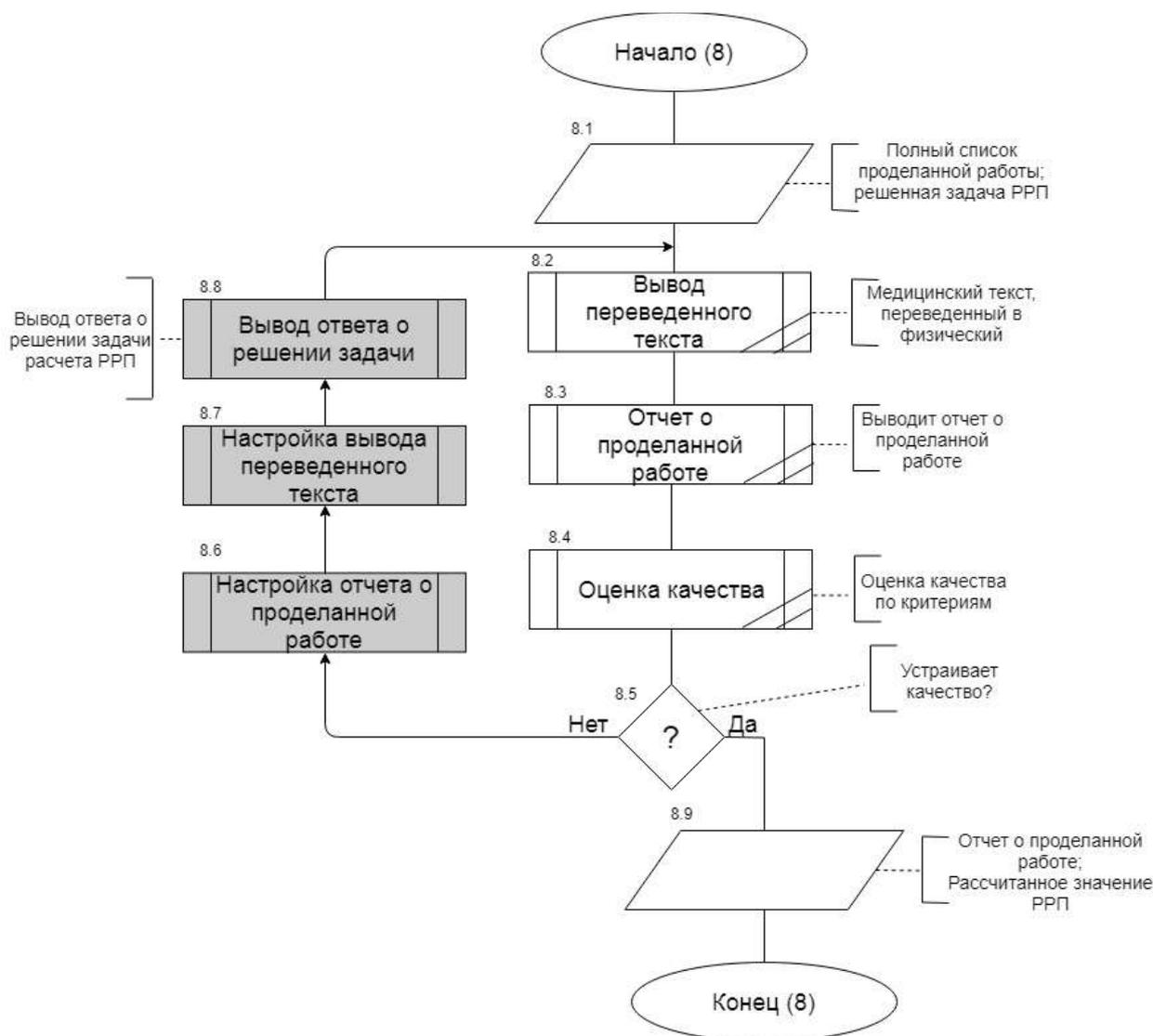


Рис. 6. Алгоритмическая модель системы вывода информации по компилятивному прототипу [3] и предлагаемому решению: фон, уголки

На вход поступают отчеты о проделанной промежуточной работе, рассчитанное значение РРПТ, на выходе – полный окончательный отчет.

Работа начинается с функционирования подсистемы вывода переведенного текста (блок 8.2), затем работает подсистема отчета о проделанной работе (блок 8.3). Если полученные результаты не устраивают, то включаются подсистемы 8.6 – 8.8.

На рисунке 7 представлена алгоритмическая модель системы настройки на специфику.

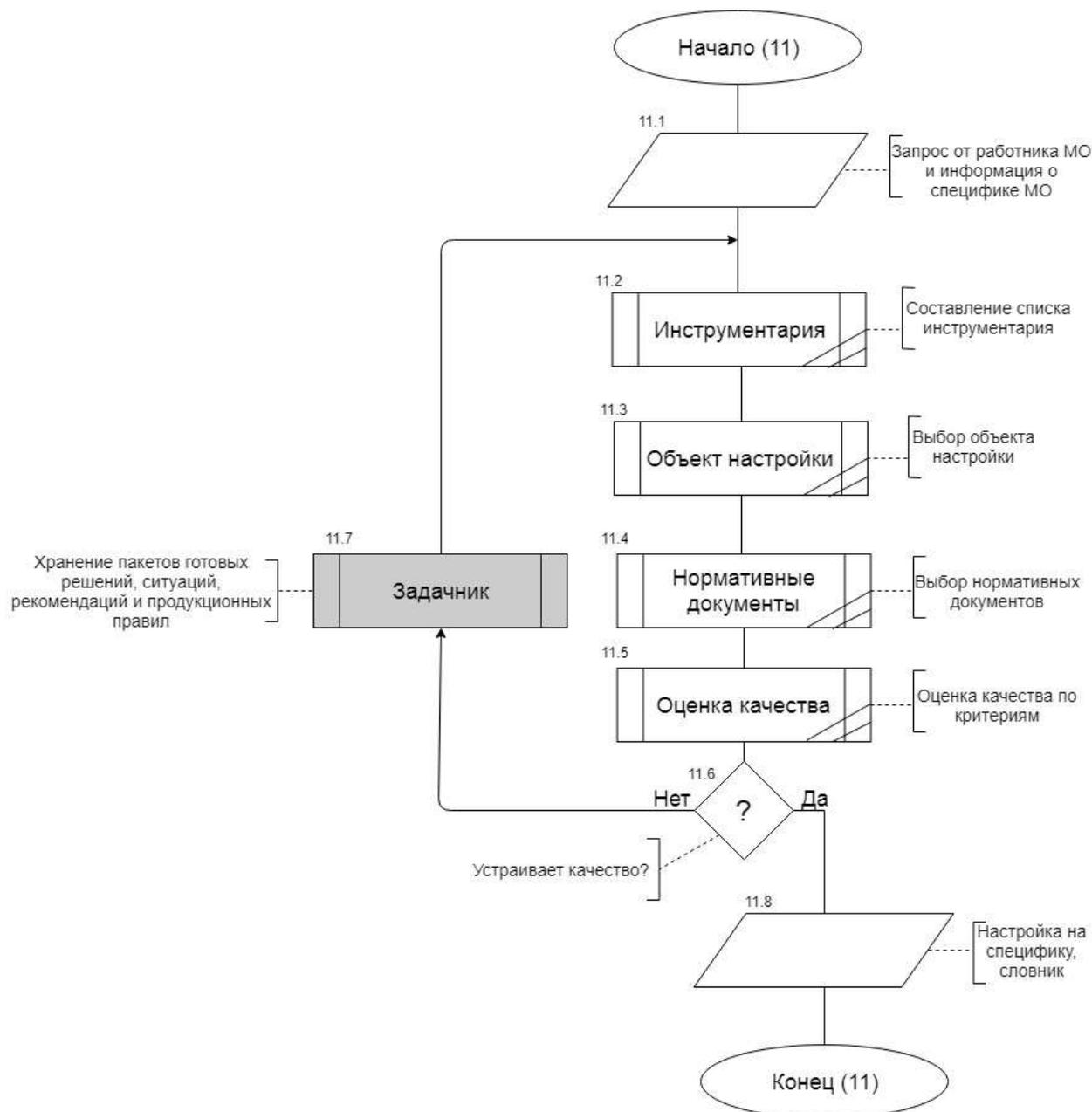


Рис. 7. Алгоритмическая модель системы настройки на специфику по прототипу [6] и предлагаемому решению: фон, уголки

На вход поступают запрос и информация о специфике задачи, на выходе – результат настройки на специфику. Работа начинается с функционирования подсистемы инструментария (блок 11.2), затем функционируют подсистемы 11.2 – 11.5. Если полученные результаты не устраивают, то необходимо включить в работу подсистему задачника (блок 11.7), хранящую пакеты готовых решений, ситуаций, рекомендаций и производственных правил.

Задание на описание частных рассуждений по задаче трансляции «Медицина – Физика»

Задание целесообразно представить по шагам. Шаг 1 – поиск человека, обладающего одновременно компетенциями в сфере опыта из разделов медицины, может быть в сфере эпидемиологии или организации здравоохранения, и в области школьной физики, например, электростатики и теории потенциалов. Шаг 2 – выполнить работу когнитолога и зафиксировать рассуждения в виде вербальных текстов. Шаг 3 – формализовать текст до продукционных правил типа «если-то-иначе». Шаг 4 – предложить количественные оценки для развилок рассуждений.

Результаты и выводы

1. Поставлена и решена задача о первичных действиях и рассуждениях человека-транслятора текстов из медицины в физику в части описания частного опорного примера, первичной постановки задачи, алгоритмической модели и задания на описание рассуждений;
2. Пакет алгоритмических моделей представлен 7-ю блок-схемами с прототипными и вновь введенными блоками, а также с указанием модернизированных блоков;
3. В качестве одного из критериев качества трансляции предложено использовать формализм ресурсно-результативных потенциалов;
4. Рассуждения рекомендовано провести по четырем шагам;
5. Сделан вывод о возможности перехода к следующим этапам моделирования и проектирования.

Список литературы

1. Трансляционная медицина [Электронный ресурс] // [сайт] URL: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=10962
2. Зимин А.О. О развитии механизма трансляции текстов из медицины в физику [текст] / Зимин А.О., Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М. // Системная интеграция в здравоохранении.-2018.-№5(42). – С. 12-21.
3. Интерпретатор [Электронный ресурс] // [сайт]. URL: <https://studfiles.net/preview/1742327/> (дата обращения: 12.01.2018)
4. Гаврилова Т. А. Базы знаний интеллектуальных систем [Текст]/ Т.А. Гаврилова, В.Ф. Хорошевский. - СПб.: Питер. - 2000. - 383 с.
5. Ермаков А.И. О механических аналогиях для моделирования ресурсно-результативного потенциала медицинского учреждения [текст] / Ермаков А.И., Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М. // Системная интеграция в здравоохранении.- 2017.-№3(33). – С. 6-21.
6. Гольдштейн С. Л. Настройка корпоративных информационных систем на задачи предприятия [Текст] / С. Л. Гольдштейн, И. В. Кашперский. – Екатеринбург: Форт Диалог-Исеть. - 2006. - 54 с.

Грицюк Елена Михайловна, - д.м.н., врач-эпидемиолог ГАУЗ СО МКМЦ«Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68 bonum@bonum.info

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У ПОДРОСТКОВ

Буторин Г.Г.¹, Набойченко Е.С.², Токарь А.А.³

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет»

г. Челябинск, Российская Федерация

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, Екатеринбург

³ ГБУЗ СО ПБ № 3. Екатеринбург

Статья посвящена оценке патологического влечения подростков к алкоголю. Были изучены патопсихологические и социально-психологические аспекты проблемы с помощью ассоциативного эксперимента, методики пиктограмм, контент-анализа в условиях стационарного наркологического отделения для несовершеннолетних. Полученные в исследовании результаты могут свидетельствовать о связи глубинных уровней психики с инстинктивной деятельностью.

Ключевые слова: психологическая оценка, алкоголь, подростки, методики пиктограмм, контент-анализ

Psychological assessment of pathological attraction to alcohol in adolescents

Butorin, G. G.¹, Naboichenko E. S.², Tokar A. A. ³

¹ South Ural state humanitarian pedagogical University,
Chelyabinsk, Russian Federation

²Ural State Medical University"Ministry of Health of the Russian Federation,
Yekaterinburg, Russian Federation

³GBUZ «PH № 3» Yekaterinburg, Russian Federation

The article is devoted to the evaluation of pathological attraction of adolescents to alcohol. Pathopsychological and socio-psychological aspects of the problem were studied with the help of associative experiment, pictogram technique, content analysis in the conditions of stationary narcological Department for minors. The results obtained in the study may indicate the connection of the deep levels of the psyche with instinctive activity.

Keywords: psychological evaluation, alcohol, teenagers, pictogram techniques, content analysis

Введение

Известно, что алкоголизм — это прогрессивное заболевание, возникающее вследствие систематического употребления спиртных напитков, характеризующееся болезненным влечением к алкоголю и сопровождающееся разнообразными медико-социальными осложнениями.

Впервые термин «алкоголизм» применил в 1849 году шведский врач М.Нусс в работе «Хронический алкоголизм или хроническая алкогольная болезнь» [1]. Неоднозначное толкование термина и стремление клиницистов выделить заболевание из многообразных форм потребления алкоголя привело к появлению других формулировок: «хронический алкоголизм», «хроническая интоксикация алкоголем», «алкогольная наркомания», «алкогольная болезнь», «алкогольная энцефалопатия» и др. В X пересмотре «Международной классификации болезней» (1992) алкоголизм включен в рубрику F10 - «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя».

Если понятие «хронический алкоголизм» и «бытовое пьянство» являются общепринятыми, то для алкоголизма, возникающего в подростковом возрасте (до 18 лет) и имеющего высокий темп прогрессивности, определение «хронический» теряет свое соответствие. Более адекватным, отражающим возрастную специфику заболевания, следует признать термин «ранний алкоголизм». Соответственно, «ранняя алкоголизация» у подростков рассматривается как эквивалент бытового пьянства у взрослых.

Несмотря на особое внимание, проблема остается недостаточно изученной: Это объясняется рядом причин как организационного, так и медико-социального характера. Значимую роль играет фактор высокой преморбидной отягощенности разнообразными дизонтогенезами, часто исключающими диагностику раннего алкоголизма как основного заболевания. Препятствует своевременному выявлению больных и склонность самих подростков и их родителей по разным причинам скрывать употребление спиртных напитков, а отсюда — недостаток у врача объема сведений, необходимых для постановки диагноза. При этом тенденцию к снижению возраста начала алкоголизации и увеличению числа больных алкоголизмом среди молодежи отмечают как зарубежные, так и отечественные исследователи [2].

Учитывая изложенное, большинство исследователей полагает, что уровень распространенности раннего алкоголизма несколько выше, чем об этом можно судить по материалам наркологических служб [3 - 6]. Об этом свидетельствует и опыт работы тех административных районов, где открыты и активно работают подростковые наркологические кабинеты [7].

Изучение распространенности ранней алкоголизации привело к выделению «групп риска», в которых наблюдается высокая вероятность возникновения раннего алкоголизма. Большинство исследователей [8, 9] к таким неблагополучным контингентам со значительным процентом лиц, злоупотребляющих алкоголем, относят учащихся колледжей, вспомогательных школ, воспитанников специализированных интернатов, не учащихся и не работающих.

Материал и методы исследования

На протяжении двух лет в условиях стационарного наркологического отделения для несовершеннолетних было обследовано 25 подростков в возрасте от 13 до 16 лет обоего пола. Рассматривая формирование зависимости как сложный (многомерный) феномен, в программу исследования был включен ряд экспериментальных, проективных методик, отличавшихся надежностью и валидностью. Были изучены патопсихологические и социально-психологические аспекты проблемы с помощью ассоциативного эксперимента, методики пиктограмм, контент-анализа.

Результаты и их обсуждение

Известно, что характер и доза впервые принятого алкогольного напитка оказывает различное фармакологическое действие на организм в подростковом возрасте, что нередко определяет дальнейшее отношение к спиртным напиткам. Несмотря на то, что некоторые авторы считают, что клиника алкогольных опьянений периода алкоголизации у подростков мало чем отличается от взрослых, результаты наблюдения позволяют полагать, что у несовершеннолетних чаще, чем у взрослых, возникают атипичные формы опьянения. Во многом это может быть связано с возрастной реактивностью. Так, в клинике острого опьянения в ряде случаев отмечается наличие палимпсестов, в начале регулярного пьянства часто возникают измененные формы опьянения, что определяется не только биологическими факторами, но и условиями самого употребления алкоголя (одномоментный прием всей дозы без закуски, стремление к выраженному опьянению). В одних случаях при алкогольном опьянении возникает общая расторможенность с неожиданными поступками, близкими к импульсивным, нередко с агрессивными тенденциями, в других — развивается глубокое оглушение вплоть до сопора, которому иногда предшествует короткий и неотчетливый период расторможенности. Постинтоксикационное состояние характеризуется преимущественно психической и двигательной заторможенностью, тогда как симптомы астении незначительны.

Анализ наблюдений позволяет утверждать, что картина алкогольного опьянения тесно связана с типом преморбидной аномалии характера. Так, подростки неустойчивого и

гипертимного типа предпочитают не очень глубокие эйфорические стадии опьянения, поэтому вино их привлекает в большей степени, чем водка и другие крепкие алкогольные напитки. Опьянение у подростков с ведущим эпилептоидным радикалом обычно протекает по дисфорическому типу, сопровождаясь злобностью, агрессией, разрушительными действиями, попытками самоповреждения, расторможенностью влечений, нередко можно наблюдать и состояния оглушения. На изначальное извращенные формы опьянения у подростков в свое время указывали Б.С. Братусь, П.И. Сидоров [10], подчеркивая, что оглушение при опьянении может быть спровоцировано порочными алкогольными обычаями и убеждениями среды, что пить надо «до отключения». Первые алкогольные эксцессы проходили, как правило, в группе, поддерживались ею, формируя групповую психическую зависимость, которая могла предшествовать алкоголизму.

Наши исследования свидетельствуют о том, что клиника алкогольного опьянения у подростков зависела от ряда условий: от возраста, биологических и психологических особенностей преморбида, от характера употребляемого алкогольного напитка, употребления алкоголя в сочетании с другими токсическими веществами, в определенной степени от обычаев и традиций подростковой группы, а также от степени сформированности зависимости. Обращает на себя внимание тот факт, что уже на этапе ранней алкоголизации атипичные формы опьянения встречаются у подростков в два раза чаще, чем простое алкогольное опьянение. Среди них преимущественно эксплозивный и маниакальный варианты и варианты с преобладанием сомноленции и импульсивных действий. Несомненно, патогенез этих расстройств и роль различных условий в их происхождении в подростковом возрасте требуют дальнейшего изучения.

Первичное патологическое влечение к алкоголю со стремлением к психическому комфорту в опьянении (психическая зависимость) выступал как один из наиболее ранних и замаскированных признаков, который редко осознается подростком, но всегда свидетельствует о начале заболевания. Многие специалисты говорят о том, что в настоящее время общепризнанной клинической классификации первичного влечения к алкоголю не существует даже в общей наркологии. Отсюда, становится понятным, как труден для квалификации этот симптом в подростковом возрасте, когда расторможение влечений и заострение некоторых черт пубертатной психики, обусловленные возрастным периодом, создают особую склонность к поведенческим девиациям, в число которых входит и употребление алкоголя. В связи с этим установление симптома первичного патологического влечения к алкоголю (симптома психической зависимости) требует

оценки всех наиболее принятых его критериев, подразделяемых по тяжести, по выраженности влечения и присутствию компонента борьбы мотивов, по влиянию влечения на психическую деятельность, по взаимосвязи его с влиянием внешней среды, по индивидуально-психологическим факторам. Такая всесторонняя оценка симптома патологического влечения при изучении раннего алкоголизма свидетельствует, что закономерности его формирования и клинические проявления в значительной мере зависят как от неблагоприятных условий микросоциальной среды, так и от самого пубертатного возраста. Типично подростковые психологические реакции длительное время маскируют возникшее патологическое влечение к алкоголю, а попытка объяснить алкогольные эксцессы разнообразными поводами ассоциируются с алкогольными обычаями микросреды и создают видимость оправданности мотивов. Длительное время за сложной и многообразной системой объяснений пьянства подростка не усматривается основная причина употребления алкоголя — влечение. Алкогольные эксцессы и их разнообразные объяснения оцениваются с позиций специфических подростковых реакций: стремление к самоутверждению, к высвобождению из-под опеки старших, к сглаживанию переживания чувства неполноценности, к облегчению контактов. Такая мотивация и поведение нередко ошибочно принимаются за патохарактерологические реакции (протеста, имитации, эмансипации, гиперкомпенсации и др.), либо объясняются неблагоприятной семейной ситуацией или алкогольными традициями. Однако с появлением психической зависимости наблюдаются и другие поведенческие девиации. Появляется склонность не только к реализации «общепринятых» поводов для выпивки, но и активный поиск таких предлогов, компаний, средств на алкоголь или самих алкогольных напитков, прием которых постепенно перестает соответствовать месту и времени. Одновременно происходит обеднение обычной деятельности, что приводит к резкому падению школьной успеваемости. Во время психологического интервью такие подростки отрицают какую-либо тягу к алкоголю, однако о наличии алкогольной потребности могут свидетельствовать заметные вегетативные и моторные реакции, возникающие в ответ на упоминание о выпивке, постоянная тематика разговоров среди сверстников, яркие сновидения с типичными алкогольными сюжетами. Проведение простых психологических исследований (ассоциативный эксперимент и тестирование методом пиктограмм) нередко подтверждает актуальность алкогольной тематики. Полученные нами результаты экспериментально-психологического обследования подростков, обнаруживающих симптом первичного патологического влечения, показали, что «алкогольные ответы» ассоциируются у них не только с понятиями, традиционно

связанными с употреблением алкоголя («веселый праздник», «день рождения» и т. п.), но и с отвлеченными понятиями. Так, например, понятие «справедливость» связывалось с изображением поровну наполненных вином стаканов, «ожидание» — с очередью у винного магазина, «надежда» конкретизировалась в рисунок, изображавший ребенка, протягивающего руки к пьющему взрослому, в ожидании, что тот оставит ему вина и т. п. В то же время было отмечено затруднение вербального объяснения отвлеченных понятий.

Изменения личности при раннем алкоголизме идут параллельно формированию алкогольной болезни и имеют прямую связь с нарастанием психоорганических расстройств, обусловленных токсическим действием алкоголя на несформировавшийся организм. Ведущими в психоорганическом синдроме являются эмоционально-волевые и интеллектуально-мнестические изменения. Клинические проявления этих изменений разнообразны и зависят от тяжести алкогольной интоксикации, при этом чем раньше и массивнее алкоголизация, тем грубее возникающие явления дизонтогенеза.

Как показывают наши наблюдения, степень нарушения онтогенеза под влиянием алкогольной интоксикации в значительной мере определяется и преморбидными особенностями. Результаты наших исследований позволяют все изученные случаи по преимущественности преморбидных проявлений разделить на три клинические группы.

В первой группе подростков, страдающих легкими степенями олигофрении, начало злоупотребления спиртными напитками наблюдалось, в основном, в возрасте 9—11 лет, а признаки алкогольной болезни появлялись через 5—6 месяцев. С самого начала алкоголизации опьянение сопровождалось дисфорией с высокой заряженностью аффекта и склонностью к агрессии, что нередко приводило к асоциальным формам поведения. Наиболее распространенными видами правонарушений были воровство, агрессивные акты, сексуальные насилия. Воровство, как правило, мотивировалось поиском средств на покупку спиртного. Психические нарушения сопровождались быстрым нарастанием признаков психоорганического синдрома, углубляющего степень интеллектуальной недостаточности. Особенно грубыми были нарушения памяти и эмоций. Углубление интеллектуального дефекта приводило к полной социальной дезадаптации с отказом от учебы или работы.

Во второй группе наблюдались подростки с симптомами раннего органического поражения центральной нервной системы в преморбиде. Регулярное употребление спиртных напитков начиналось в этой группе с 12—14 лет. Становление алкогольной симптоматики проходило в достаточно короткие сроки: первые признаки алкоголизма

возникали через год после начала систематической алкоголизации. При этом отмечалась низкая исходная толерантность к алкоголю и быстрое появление амнестических форм опьянения. Нарушения психофизического развития под влиянием алкогольной интоксикации характеризовались углублением преморбидных интеллектуально-мнестических нарушений вплоть до олигофреноподобного дефекта с выраженной психопатизацией характера. В психопатоподобном синдроме преобладали нарушения в сфере эмоций и влечений. Аффективные расстройства депрессивно-дисфорического или эксплозивного характера с гневливостью, нетерпеливостью, вспыльчивостью, тоскливо-злобным настроением сопровождалось сквернословием, агрессивными поступками с нанесением телесных повреждений. В тех случаях, когда эмоциональные расстройства включали астено-депрессивную, депрессивно-ипохондрическую или истероидную симптоматику, наблюдались суицидальные угрозы и попытки, бродяжничество, хулиганские действия. В поле зрения врача эти подростки попадали либо тогда, когда интеллектуально-мнестические изменения¹ приводили к социальной дезадаптации и вставал вопрос об их переводе во вспомогательную школу, либо через милицию при оформлении в специализированные интернаты в связи с нарушениями поведения.

Третью группу составили подростки, преморбидные аномалии которых заключались в формировании разнообразных патохарактерологических синдромов. Среди них преобладали лица с неустойчивыми, возбудимыми и истероидными чертами характера. Исследования показали, что к общим преморбидным характеристикам этих подростков можно было отнести значительную лабильность настроения и подверженность его влияниям со стороны; уменьшение роли родителей и оппозиция к старшим; незнание своего характера и отсутствие самоконтроля; пустое времяпрепровождение, отсутствие установки на труд, на учебу, а отсюда — низкий образовательный уровень; низкая общественная активность со слабо развитыми общественными интересами. Большинство подростков этой группы начали злоупотреблять алкогольными напитками в 9—11 лет. К наиболее ярким к ранним признакам алкогольной болезни, появлявшимся в среднем через 2—3 года алкоголизации, можно было отнести влечение к алкоголю, быструю утрату количественного и ситуационного контроля, изменение формы опьянения. Одновременно с диагностикой развертывания и утяжеления клинических симптомокомплексов углублялись и психические последствия алкогольной интоксикации. Личностные изменения характеризовались заострением и дальнейшим нарастанием психопатических проявлений. Существенно менялась мотивация поведения, утрачивались наиболее ценные для формирования личности мотивы. Нарастание психоорганических

расстройств приводило к возникновению интеллектуально-мнестических затруднений, задерживалось общее физическое развитие, извращались морально-этические установки. Социальная дезадаптация сопровождалась выраженным асоциальным поведением, когда противоправные поступки совершались не только в состоянии опьянения.

Заключение

Таким образом, злоупотребление алкоголем в подростковом возрасте существенно влияет на формирование личности, приводя ее к грубым и стойким нарушениям. Полученные результаты могут свидетельствовать о связи глубинных уровней психики с инстинктивной деятельностью. Эта связь с филогенетически старыми, безотчетными реакциями убедительно подчеркивается «оживлением» вегетативно-моторных ответов, возникающих при упоминании об алкогольных ситуациях. Можно полагать, что понятие «первичное патологическое влечение» в своем клинко-психологическом оформлении в подростковом возрасте идентично понятию сверхценных образований. Степень вовлеченности отдельных компонентов психики в структуру такого симптомокомплекса, прежде всего, мотивации, когнитивной организации личности и темпа формирования этого феномена — признаки, которые могут служить прогностическим целям. Быстрое формирование этого синдрома у подростков, структуру которого определяет доминирующая алкогольная потребность, грубо изменяющая его деятельность — свидетельство неблагоприятного течения заболевания, а ранняя диагностика способствует более успешной терапии как самой зависимости, так и сопутствующих поведенческих девиаций.

Список литературы

1. Большая медицинская энциклопедия. — Алкоголизм. — 3-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1974. Том 1, С.244—279
2. Попов В.Ф. Социальные проблемы алкогольной зависимости // Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания / Под ред. А.О. Шпакова. - СПб: Зенит, 2006. - С. 163-199
3. Буторина Н.Е., Макаров С.А., Буторин Г.Г. Многоосевая система классификации болезней и диагностика наркологических заболеваний у детей и подростков. - Вопросы наркологии, 2002. - № 2. - С. 38-42.
4. Буторина Н. Е., Буторин Г. Г. (2011). Ранний алкоголизм и коморбидная соматическая патология в подростковом возрасте. – Тюменский медицинский журнал, 2011, N1. – С.27.
5. Андерсен С.К. Потребление алкоголя и алкоголизм // Энциклопедия социальной работы. Т. 1 / Под ред. Л.Э. Кунельского. - М: Центр человеческих ценностей, 1994. - С. 287-293

6. Кошкина Е.А. Проблема алкоголизма и наркомании в России на современном этапе//Вопросы наркологии. – 2003. – №4. – С.66-70
7. Москаленко В.Д. Дети больных алкоголизмом//Обзорная информация «Медицина и здравоохранение». – М., 2004. – С.68-83
8. В.Т. Кондрашенко. Пьянство и алкоголизм у подростков // <http://abvgdeyka.ru/books/04.php>
9. Ерышев О.Ф. Алкогольная зависимость: Формирование, течение, терапия/ Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. и др., - СПб.: Элби-СПб., 2002. - 193 с
10. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. - Изд. Московского Университета, 1984, - С. 143.

Буторин Геннадий Геннадьевич - доктор психологических наук, профессор,. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет» 454080, Российская Федерация, Уральский федеральный округ, г. Челябинск, пр. Ленина, 69. 8 (351) 216-56-01

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Мурашов Д.А., Жукова Н.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)*

Основной целью данного исследования является изучение особенностей когнитивных нарушений у людей пожилого возраста после инсульта и коррекция когнитивных нарушений нейропсихологическими методами.

В статье описаны нейропсихологические методы, которые были использованы для коррекции когнитивных нарушений и приемы психотерапевтического воздействия для снятия тревожно-депрессивной симптоматики у пожилых людей после инсульта, обоснована их эффективность.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, пожилой возраст, постинсультный пациент, нейропсихологические методы, тревожно-депрессивная симптоматика, психотерапевтическое воздействие.

Correction of cognitive disturbances in elderly people after the stroke by neuropsychological methods

Murashov D.A., Zhukova N.V.

Federal State Educational Institution higher education "Ural State Medical University" Ministry of Health of the Russian Federation

The main objective of this study is to study the characteristics of cognitive impairment in the elderly after a stroke and the correction of cognitive impairment by neuropsychological methods. The article describes the neuropsychological methods that were used for the correction of cognitive impairment and the techniques of psychotherapeutic effects to relieve anxiety-depressive symptoms in the elderly after a stroke, and their effectiveness is justified.

Keywords: cognitive impairment, old age, post-stroke patient, neuropsychological methods, anxiety-depressive symptoms, psychotherapeutic effects.

Введение

По данным статистического анализа, ежегодно в России инсульт поражает около полумиллиона человек с показателем заболеваемости 3 на 1000 населения.

Распространенность данного заболевания и повышенный риск у людей пожилого возраста делает данную тему актуальной для исследования. Пациенты, перенесшие инсульт, могут страдать от потери возможности двигать половиной собственного тела и ощущать ее, также от снижения или потери когнитивных функций, нарушений эмоциональной сферы, от развивающихся тревоги и депрессии.

Выше описанные проблемы стоят в одном ряду и зависят друг от друга. Именно поэтому реабилитацией постинсультных больных занимаются одновременно целая бригада специалистов, которая включает в себя лечащего врача, инструктора-ЛФК, логопеда-афазиолога, эрготерапевта, нейропсихолога или клинического психолога.

Задачей нейропсихолога или клинического психолога, состоящего в такой бригаде, выступает содействие восстановлению утраченных, или поврежденных когнитивных функций пациента, а также психологическое сопровождение с целью снижения тревожно-депрессивной симптоматики и создания адекватной оценки болезни.

Центральной проблемой данного исследования является изучение методов нейропсихологической реабилитации постинсультных пациентов.

Цель работы: изучение особенностей когнитивных нарушений у людей пожилого возраста после инсульта и коррекция когнитивных нарушений нейропсихологическими методами.

Материалы и методы

В исследовании были использованы следующие методики:

- ✓ MMSE («Краткая шкала оценки психического статуса» с англ. Mini-mental State Examination) [1];
- ✓ FAB («Батарея лобной дисфункции» с англ. Frontal Assitssment Battery)[1];
- ✓ HADS («Госпитальная шкала тревоги и депрессии» с англ. The hospital Anxiety and Depression Scale) Zigmond A.S., Snaith R.P. [1];

Методы математической обработки данных:

Полученные в ходе тестирования данные подверглись обработке в MS Excel и программе STATISTICA (версия 10) следующими методами математической статистики:

- Критерий Вилкоксона

База исследования: Клинический Институт Мозга (КИМ) – некоммерческое негосударственное научно-практическое медицинское учреждение. В исследовании приняли участие 39 пациентов клиники проходивших курс реабилитации: 18 женщин и 21 мужчина.

Характеристика выборки:

Выборку данного исследования составили люди пожилого возраста, пациенты уральского центра реанимационной нейрореабилитации ООО «Клиника института мозга», которые перенесли инсульт не более чем 1 месяц до нейропсихологического обследования. Физическое состояние данных пациентов варьировалось от не вертикализованных, до полноценно передвигающихся самостоятельно. Эти данные дают понимание разнообразности больных по степени тяжести поражения.

Так, в выборке числится тридцать девять людей, перенесшие инсульт в возрасте от шестидесяти одного года до семидесяти четырех лет, находящиеся в стационаре ООО «Клиника института мозга», проходившие курс реабилитации. Состав выборки отражает рисунок 1.

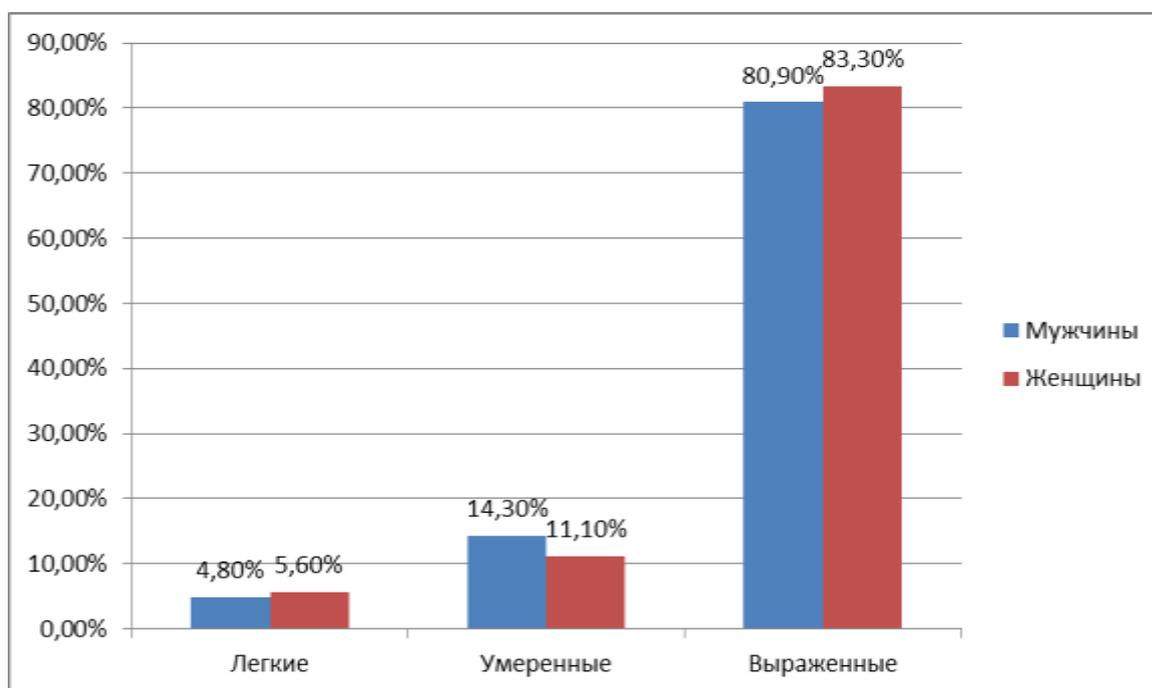


Рис. 1. Состав выборки по направлению в обучение и курсу (количество человек) до прохождения нейрокоррекционной программы

Формирование выборки проводилось по факту соответствующего возраста (пожилой) и перенесенного заболевания. С каждым пациентом в течение 14 дней проводились занятия, направленные на восстановление поврежденных когнитивных функций.

Пациенты, входящие в состав данной выборки, находились на базе «Клинического института мозга» 14 дней, данный срок обусловлен возможностью нахождения в медицинском учреждении в счёт обязательного медицинского страхования. В течение данного периода времени и проводилось исследование каждого участника выборки.

Результаты и обсуждение

У лиц старших возрастных категорий нарушенные после инсульта функции восстанавливаются медленнее и хуже. Пожилой человек после инсульта имеет мало шансов на полное выздоровление, в большинстве случаев остается инвалидом.

В частности у пациентов старше 70 лет происходит частичное восстановление лишь тех психических функций, которые были связаны с очагом поражения. Такая разница связана с замедлением физиологических процессов, снижением пластичности мозга и тяжестью сопутствующих заболеваний, которые в свою очередь могут усложнять и замедлять процесс реабилитации таких пациентов [2]. Остаточные явления после инсульта выявляют примерно у 2/3 пациентов пожилого возраста, в том числе примерно у 50% – пациентов когнитивные нарушения. По этой причине у них наблюдается социально-бытовая дезадаптация даже в отсутствие значительных двигательных нарушений [3].

Для людей пожилого возраста перенесших инсульт характерен широкий спектр возможных нарушений обусловленных локализацией и обширностью повреждений, от чего и зависит их тяжесть. Также для пациентов данного возраста типично обладание сниженным реабилитационным потенциалом ввиду низкой пластичности мозга, выраженных когнитивных нарушений (что встречается часто), остроты сопутствующих заболеваний тормозящих процесс реабилитации [4 - 6].

Реабилитация людей пожилого возраста перенесших инсульт не отличается от реабилитации пациентов других возрастных категорий. Рекомендуемые процедуры совпадают и зависят не от возраста, а от качества нарушений [7].

Равнозначную роль в реабилитационном процессе занимает клинический психолог, занимающийся нейропсихологической диагностикой, выявляющий степень и качество когнитивных нарушений, составлением программы нейропсихологической коррекции и проведением занятий по коррекции выявленных когнитивных нарушений, оказывающий психологическое сопровождение пациентов.

Тревожное расстройство в постинсультном периоде при наличии выраженных неврологических нарушений оказывает существенное влияние на процесс реабилитации и ресоциализации больных. Является важным аспектом реабилитации и одной из задач стоящих перед клиническим психологом [8].

В результате анализа заключений нейропсихолога было выделено 4 группы по функциональным нарушениям. Три группы пациентов были сформированы в соответствии с нарушениями по трем структурно-функциональным блокам мозга, предложенных А. Р. Лурия и одна группа с сочетающимися нарушениями второго и третьего структурно-функциональных блоков мозга. Так в состав всей выборки вошло: 9 человек с

нарушением первого структурно-функционального блока мозга, 4 человека с нарушением второго блока, 8 человек с нарушением третьего блока и 18 человек с сочетанным нарушением второго и третьего блоков мозга.

Для коррекции нарушений первого структурно-функционального блока использовались дыхательные и глазодвигательные упражнения. Также предложенные упражнения делились по уровню доступности для пациентов с легкими, умеренными и выраженными когнитивными нарушениями.

Дыхательные упражнения направлены на улучшение контроля над собственным телом, на оптимизацию газообмена и кровообращения, вентиляцию всех участков легких, осуществление массажа органов брюшной полости и способствует общему оздоровлению, улучшению самочувствия, концентрации внимания и снижению напряжения. Учитывая тот факт, что при должном выполнении данные упражнения способствуют улучшению внимания и самоконтроля, то их можно использовать и при коррекции нарушений третьего блока мозга. И уже используются в детской нейрокоррекции.

Дыхательные упражнения имеют градацию по сложности усвоения.

Данные упражнения являются начальными и имеют строгий протокол выполнения, но каждое упражнение после усвоения можно усложнять не только увеличением времени. В частности можно изменять ритм дыхания. Например: плавный вдох, затем следует пауза, три быстрых выдоха с максимальным освобождением легких, затем следует пауза. Цикл повторяется несколько раз. Увеличение количества циклов дыхания также является усложнением и показателем усвоения упражнения.

Следующим вариантом упражнений, выполняемым данной группой пациентов, являются глазодвигательные упражнения.

Данный тип упражнений используется как вариант удержания нагрузки. В сочетании с дыхательными упражнениями и глазодвигательными упражнениями подаются также графические упражнения, дающие интеллектуальную нагрузку, постепенное увеличение времени выполнения данных упражнений без предъявления жалоб на усталость будет свидетельствовать об улучшении функциональных показателей первого структурно-функционального блока мозга, а также об общем повышении когнитивного статуса.

После выполнения предложенных упражнений состав группы не изменил свое деление, также восемь пациентов имело выраженные когнитивные нарушения, а один легкие. Хотя количественные показатели увеличились, значимых качественных изменений не наблюдается.

Для более наглядного представления и облегчения сравнения рассмотрим данную группу на рисунке 2.

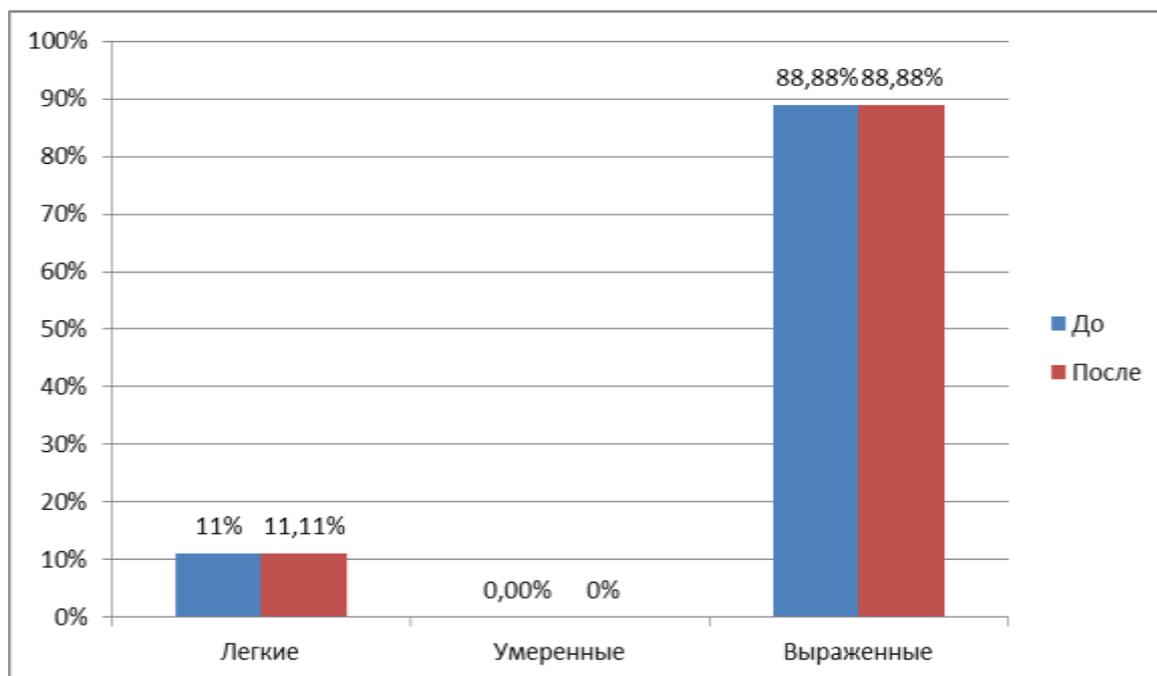


Рис. 2. Состав группы пациентов с нарушениями первого структурно-функционального блока мозга до и после проведения упражнений

Как видно из рисунка 2 изменение состава группы по уровням выраженности нарушений не произошло, следовательно, качественных изменений данной группы не наблюдается. Возможно математический анализ докажет значимость изменений. На данном этапе, предложенные упражнения, являются не достаточно эффективным для выявления значимых качественных изменений данной категории пациентов по истечении четырнадцати дней.

Для коррекции нарушений второго структурно-функционального блока использовались упражнения, которые направлены на коррекцию соматогностических, тактильных и кинестетических нарушений, зрительных и зрительно-пространственных нарушений. Также предложенные упражнения делились по уровню доступности для пациентов с легкими, умеренными и выраженными когнитивными нарушениями.

Так, для коррекции нарушенных соматогностических, тактильных и кинестетических процессов можно использовать следующие упражнения: «повторение позы», «угадывание части тела» (с закрытыми глазами), «телесные фигуры, цифры, буквы» (изобразить пальцами рук), «рисунки и буквы на спине и ладонях», «распознавание предметов, фигур, букв, цифр на ощупь».

Для коррекции нарушенных кинетических процессов применяются упражнения: «игра на рояле, на гитаре, на барабане и т. д.», «одна рука раскрыта, вторая сжата в кулак»,

«одна рука похлопывает по животу, другая совершает круговые движения над головой», «кулак-ребро-ладонь», «шнурочки», «написание букв, цифр, фигур в воздухе». Данные упражнения также являются диагностическими.

Для улучшения зрительного гнозиса используются упражнения направленные на тренировку восприятия визуального стимульного материала. Например: «Классификация предметов по заданному признаку», «Выкладывание сериационного ряда», «Поиск отличий», «Узнавание предметов» как диагностическая проба, так и коррекционное упражнение.

При нарушении зрительно-пространственных процессов в программу коррекции входят следующие упражнения:

1. Графические упражнения (на тетрадном и альбомном листе) такие как «Лабиринт», «Построение последовательности», «Филворд», «Кроссворд», «Графический диктант» (рисование по клеточкам на слух и копирование).

2. Конструирование: «Мозаика», «Пазлы», «Разрезные картинки», «Конструкторы».

После выполнения предложенных упражнений состав группы изменил свое деление, также трое пациентов уже имело умеренные когнитивные нарушения, а один легкие. Также количественные показатели увеличились, и в трех случаях наблюдаются значимые качественные изменения.

Для более наглядного представления и облегчения сравнения рассмотрим данную группу на рисунке 3.

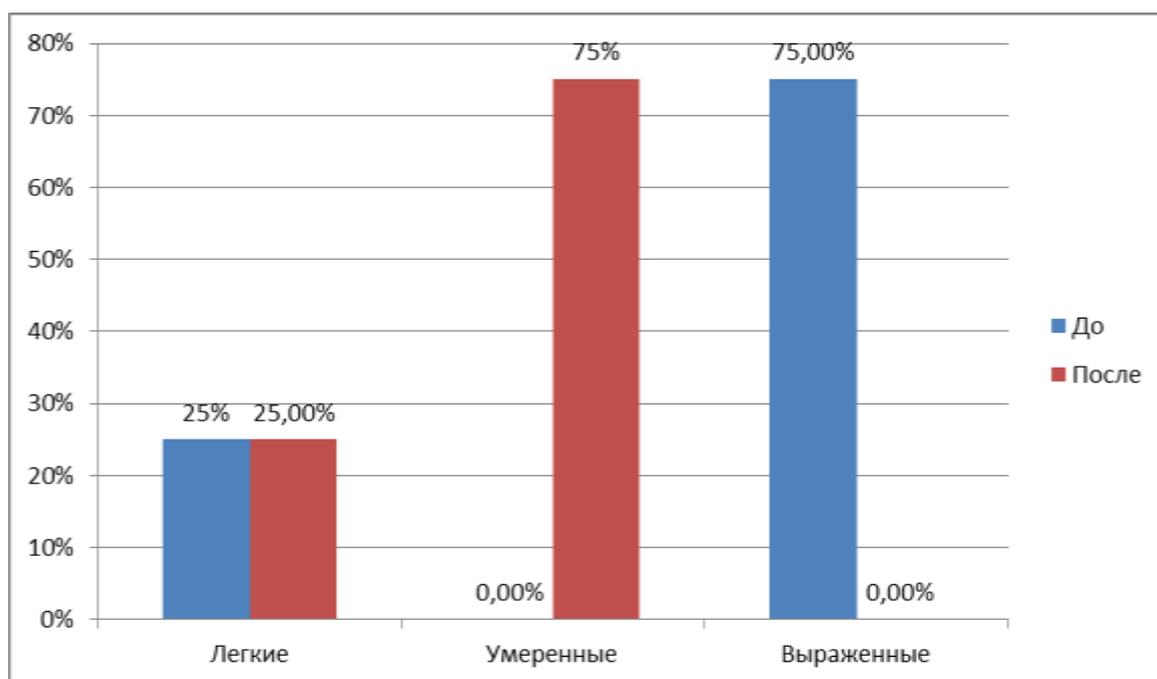


Рис. 3. Состав группы пациентов с нарушениями второго структурно-функционального блока мозга до и после проведения упражнений

Как видно с данной группой произошли значимые качественные изменения, которые уже можно расценить как результат выполняемых упражнений.

Для коррекции нарушений третьего структурно-функционального блока использовались упражнения, которые направлены на коррекцию нарушений внимания, произвольной регуляции и беглости речи. Также предложенные упражнения делились по уровню доступности для пациентов с легкими, умеренными и выраженными когнитивными нарушениями.

Для тренировки внимания применялись следующие приемы: корректурная проба, таблицы Шульте, усложненные таблицы Шульте, счет по Крепелину, из 200,100 вычитать 3,7. Также использовался ряд графических упражнений направленных на улучшение устойчивости и распределение внимания: филворды, построение порядковых последовательностей из букв и цифр (как по отдельности, так и чередуя), поиск из множества, шифровки, поиск отличий. Все перечисленные упражнения также различаются по уровню сложности. Каждому пациенту в зависимости от степени нарушения подбирались упражнения, которые он способен выполнить, но при этом могут возникнуть затруднения. При этом постепенно снижался контроль над выполнением упражнений со стороны специалиста, это необходимая направленность для повышения критичности к собственной деятельности, которая зачастую снижена у данной категории пациентов.

Для коррекции нарушений произвольной регуляции, программирования и контроля проводились следующие методики: «сделай как скажу, а не покажу», «запретное слово» (вместо запретного слова или цифры хлопнуть в ладоши), рисовать на бумаге или в воздухе одной рукой круг, а другой треугольник и другие. При выраженных когнитивных нарушениях коррекцию процессов произвольной регуляции выполняют также и выше описанные упражнения на внимание. Предполагалось, что именно за счет усвоения программы действий заложенных в инструкцию к данным упражнениям и уменьшение контроля со стороны специалиста будет повышаться и уровень саморегуляции данной категории пациентов.

Для способствования увеличению беглости речи проводилось обучение стратегии направленности внимания. Пациентам предлагалось потренироваться в назывании слов на определенную букву (литеральная беглость речи), или слов определенной категории (категориальная беглость речи), при этом давались подсказки: «Посмотрите вокруг», «Вспомните, что есть у вас дома», «В какой книге вы могли видеть подобные слова» и так далее. Предполагалось, что данное упражнение должно помочь при выстраивании

развернутой речи, увеличивая словарный запас и повышая способность к его использованию.

После выполнения предложенных упражнений состав группы изменил свое деление, так пятеро пациентов уже имело легкие когнитивные нарушения, один умеренные и двое выраженные. Также количественные показатели увеличились, и в шести случаях наблюдаются значимые качественные изменения.

Для более наглядного представления и облегчения сравнения рассмотрим данную группу на рисунке 4.

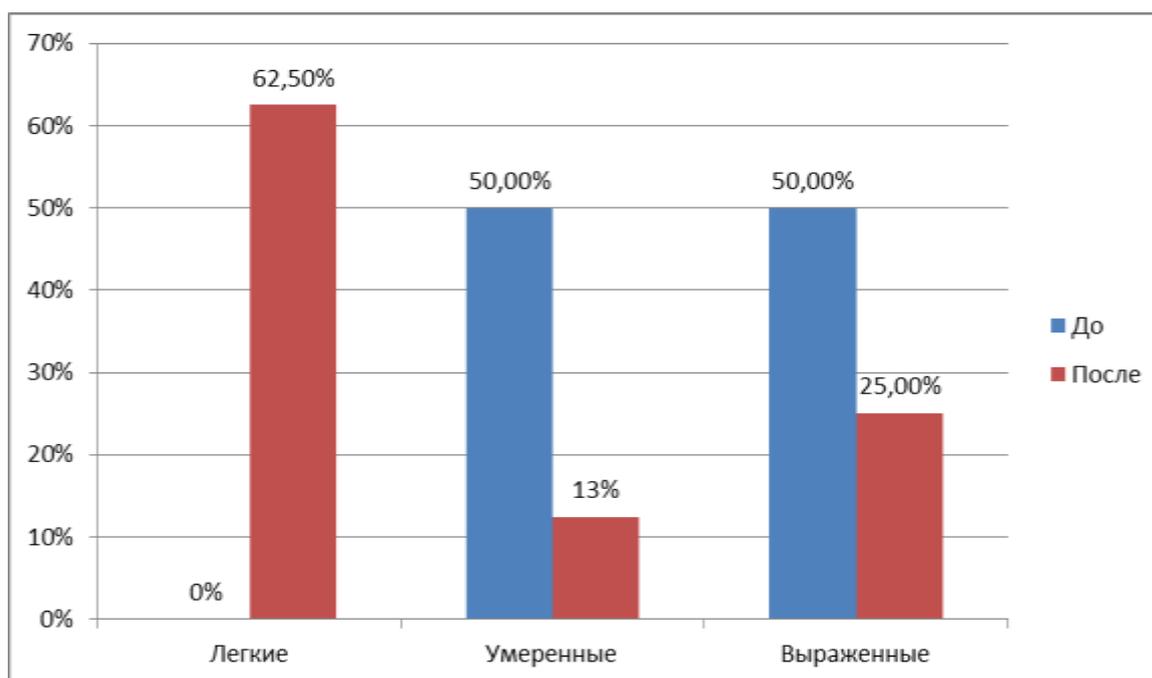


Рис. 4 Состав группы пациентов с нарушениями третьего структурно-функционального блока мозга до и после проведения упражнений

Как видно с данной группой произошли значимые качественные изменения, которые уже можно расценить как результат выполняемых упражнений.

Для коррекции нарушений третьего и второго структурно-функциональных блоков использовались упражнения, которые направлены на коррекцию нарушений произвольной регуляции, программирования и контроля, а также зрительных, зрительно-пространственных нарушений и нарушений звукоразличения. Также предложенные упражнения делились по уровню доступности для пациентов с легкими, умеренными и выраженными когнитивными нарушениями.

Для коррекции нарушений произвольной регуляции, программирования и контроля проводились следующие методики: «сделай как скажу, а не покажу», «запретное слово»

(вместо запретного слова или цифры хлопнуть в ладоши), рисовать на бумаге или в воздухе одной рукой круг, а другой треугольник и другие.

Для улучшения зрительного гнозиса используются упражнения направленные на тренировку восприятия визуального стимульного материала. Например: «Классификация предметов по заданному признаку», «Выкладывание сериационного ряда», «Поиск отличий», «Узнавание предметов» как диагностическая проба, так и коррекционное упражнение.

При нарушении зрительно-пространственных процессов в программу коррекции входят следующие упражнения:

3. Графические упражнения (на тетрадном и альбомном листе) такие как «Лабиринт», «Построение последовательности», «Филворд», «Кроссворд», «Графический диктант»(рисование по клеточкам на слух и копирование).

4. Конструирование: «Мозаика», «Пазлы», «Разрезные картинки», «Конструкторы».

При выраженных когнитивных нарушениях коррекцию процессов произвольной регуляции выполняют также и выше описанные упражнения. Предполагалось, что именно за счет усвоения программы действий заложенных в инструкцию к данным упражнениям и уменьшение контроля со стороны специалиста будет повышаться и уровень саморегуляции данной категории пациентов.

Центральной задачей восстановительного обучения является восстановление процесса звукоразличения, а целью — восстановление понимания речи и устной речи, нарушающейся вторично.

При коррекции нарушений звукоразличения применялся следующий алгоритм реабилитации, который реализовывался не только нейропсихологом, но и логопедом афазиологом.

На первой стадии решалась задача затормаживания обильной и непродуктивной речи больных с сенсорной афазией. С этой целью применялись необходимые методы:

- 1) переключающие внимание больного с речи на другие виды деятельности;
- 2) организующие речевой режим больного. Здесь полезны любые виды невербальной деятельности.

Так реализуя второй метод, применялись упражнения направленные не только на организацию речевого режима, но и на улучшение произвольной регуляции деятельности:

- а) метод классификации предметных картинок;

б) метод счетных операций (любая работа с цифрами и числами) – возможны варианты решения математических примеров, доступных пациенту, и составления числовой последовательности из предложенного списка чисел;

в) метод рисования по образцу и по слову;

г) работа по раскладыванию серий последовательных сюжетных картин;

д) метод «Четвертый лишний»;

ж) выполнение различных заданий («терапия занятостью») — подготовка карточек, разрезание и склеивание бумаги (создание аппликаций, объемных фигурок), подбор шрифта при отработке навыка электронной печати. Эти виды деятельности воплощались, как в индивидуальном, так и групповом формате занятий.

Так в процессе реабилитации неразрывно были связаны упражнения, направленные на улучшение произвольной регуляции деятельности, с упражнениями, направленными на коррекцию нарушений второго блока мозга имеющими модальный характер.

После выполнения предложенных упражнений состав группы изменил свое деление, так девять пациентов имели выраженные когнитивные нарушения, шестеро умеренные и трое легкие. Также количественные показатели увеличились, и в восьми случаях наблюдаются значимые качественные изменения.

Для более наглядного представления и облегчения сравнения рассмотрим данную группу на рисунке 5.

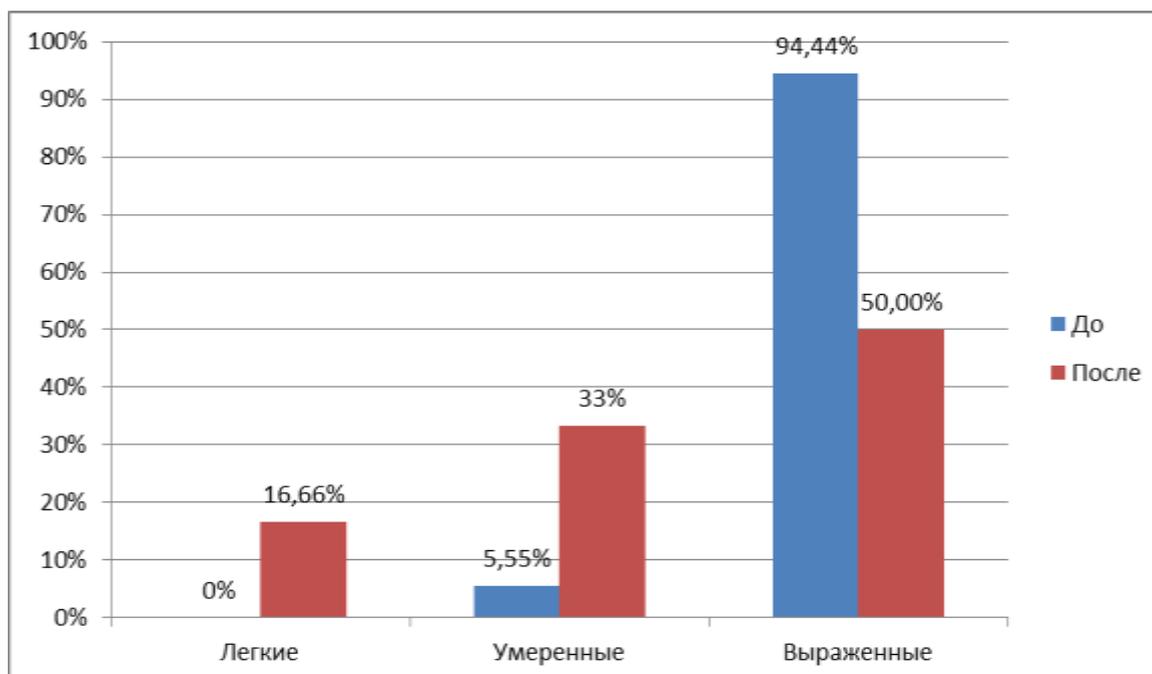


Рис. 5. Состав группы пациентов с нарушениями второго и третьего структурно-функциональных блоков мозга до и после проведения упражнений

Как видно с данной группой произошли значимые качественные изменения, которые уже можно расценить как результат выполняемых упражнений.

Так в трех группах предполагается сдвиг показателей в сторону улучшения когнитивного статуса. Можно делать вывод об эффективности предложенным данным группам программ реабилитации высших психических функций.

В первой группе качественные изменения когнитивного статуса выявлены не были. Данный факт доказывает недостаточную эффективность предложенных упражнений для пациентов с нарушений функций первого структурно-функционального блока мозга для 14 дневной программы реабилитации. Полученные данные необходимо пересмотреть с точки зрения подбора упражнений и времени реабилитации. Возможно, будет необходима разработка новых упражнений, исследование эффективности которых будет являться целью уже другой исследовательской работы.

Анализ результатов по снижению тревожно-депрессивной симптоматики у людей пожилого возраста после инсульта

На этом этапе были проанализированы данные полученные в результате использования методики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). При помощи данной методики оценивается психотерапевтическое воздействие клинического психолога, которое было направлено на снижение тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов составляющих данную выборку.

Психотерапевтическое воздействие оказывалось по средством когнитивного, когнитивно-бихевиорального подходов в формате индивидуальной беседы с пациентом, в которой обсуждались значимые моменты жизни, влияющие на текущее эмоциональное состояние, и релаксационных занятий в комнате сенсорной стимуляции. На данных занятиях предоставлялась возможность провести время в массажном кресле за просмотром любимых фильмов, телепередач, прослушиванием любимой музыки или в полной тишине. Также предлагались различные средства зрительной и обонятельной стимуляции. И на каждом занятии пациент имел возможность побеседовать со специалистом о своем состоянии.

Выше описанные занятия проводились для 25 пациентов входящих в состав основной выборки и демонстрировавших симптомы тревожно-депрессивного состояния. Результаты представлены на рисунке 6.

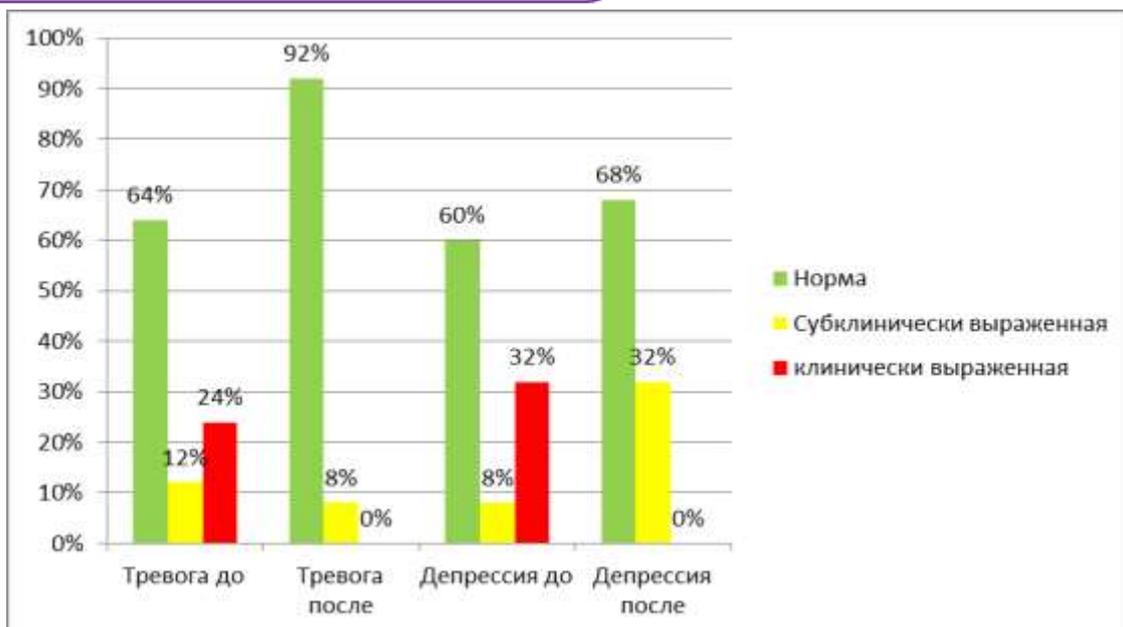


Рис. 6. Состав группы по степени выраженности тревожно-депрессивной симптоматики до и после психотерапевтического воздействия

Как видно с исследуемыми пациентами, предположительно, произошли значимые качественные изменения в сторону снижения тревожно-депрессивной симптоматики, которые уже можно расценить как результат психотерапевтического воздействия произведенного в период реабилитации на данной клинической базе.

Предполагается, что статистически доказанное снижение тревожно-депрессивной симптоматики, как результат психотерапевтического воздействия клинического психолога, является значимым фактором, влияющим на весь процесс реабилитации.

Таким образом, состав всей выборки изменил свое деление по истечении проведенных мероприятий по реабилитации. Данное деление и отражает рисунок 7.

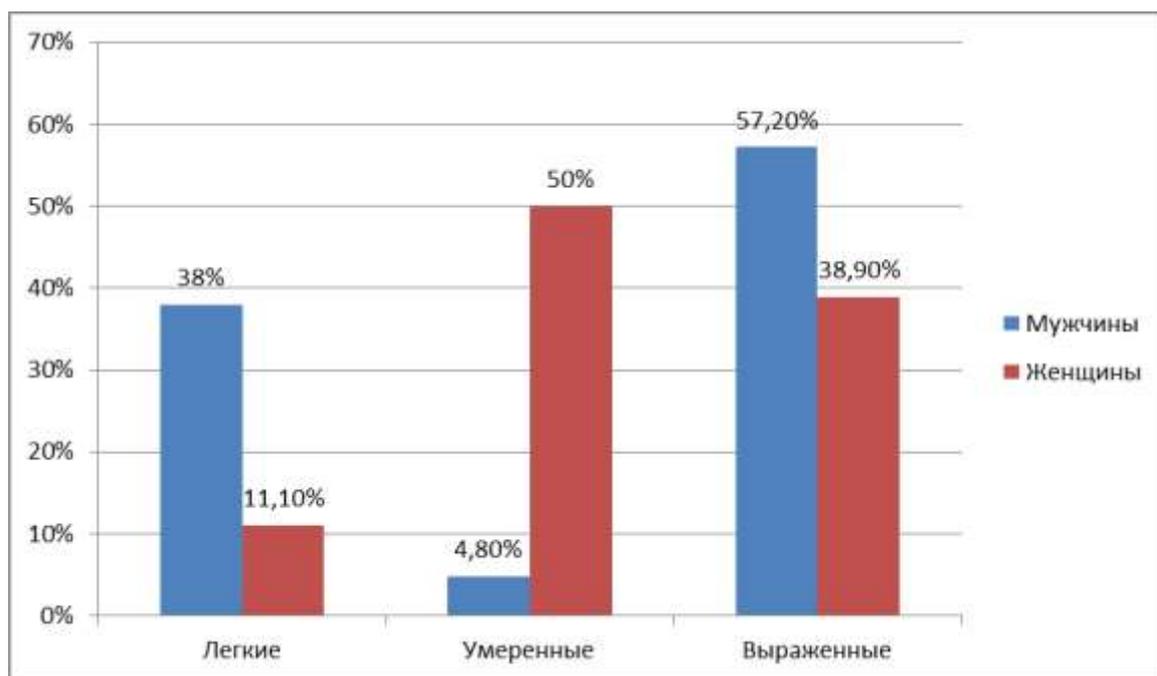


Рис. 7. Состав выборки по направлению в обучение и курсу (количество человек) после прохождения нейрокоррекционной программы

Заключение

Данная работа проводилась с целью изучения особенностей когнитивных нарушений у людей пожилого возраста после инсульта и коррекция когнитивных нарушений нейропсихологическими методами.

В ходе обзора литературы соответствующей тематики и анализа работы специалиста клинического психолога на базе ООО «Клинический институт мозга» был выявлен следующий факт: программа реабилитации для людей пожилого возраста и для пациентов других возрастных категорий, которые перенесли инсульт, зависит от выявленных когнитивных нарушений. То есть, программа коррекции и подбор упражнений не обусловлены возрастом пациента.

Но пациенты пожилого возраста восстанавливаются медленнее, ввиду замедления физиологических процессов, снижения пластичности мозга и тяжести сопутствующих заболеваний. Что в свою очередь влияет на реализацию нейрокоррекционной программы.

Таким образом, возрастные особенности пожилого пациента обуславливают протекание нейрокоррекционной работы, но не обуславливают подбор коррекционных упражнений.

Степень нарушения же, в свою очередь, является условием подбора коррекционных упражнений наравне с качеством нарушения.

Так для предложенных в данной работе упражнений предлагаются варианты подходящие для каждой группы нарушений с градацией сложности для предъявления

пациентам с когнитивными нарушениями разной степени выраженности. Так для пациентов каждой группы, обладающих когнитивными нарушениями разной степени выраженности, предлагались упражнения соответствующего уровня сложности.

Предложенные упражнения оказались эффективны для трех групп из четырех. Что в свою очередь доказывает правильность подбора упражнений. А также доказывает обусловленность коррекции когнитивных нарушений у людей пожилого возраста после инсульта нейропсихологическими методами степенью нарушения.

Таким образом, гипотеза о том, что коррекция когнитивных нарушений у людей пожилого возраста после инсульта нейропсихологическими методами обусловлена степенью нарушения и возрастом, является верной.

Программа нейропсихологической коррекции формируется от выявленных в ходе нейропсихологической диагностики нарушений и степени их выраженности. А процесс реализации зависит от возрастных особенностей данной категории пациентов. И фактором, который достоин полноценного исследования и предположительно влияет на процесс реабилитации, является динамика снижения тревожно-депрессивной симптоматики, как результат психотерапевтического воздействия.

Список литературы

1. Ибрагимов М.Ф. Комплексная система реабилитации больных, перенесших ишемический инсульт, на этапах стационар — реабилитационный центр — поликлиника: дис. канд. Мед. наук. Казань, 2015. 128 с.
2. Левин О.С. Постинсультные когнитивные нарушения: механизмы развития и подходы к лечению // [Электронный ресурс] <http://t-patient.ru/articles/6183/>
3. Ермакова Н.Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушариях головного мозга в процессе реабилитации // [Электронный ресурс] <https://cyberleninka.ru/article/v/psihologicheskie-osobennosti-bolnyh-s-posledstviyami-insulta-v-levom-i-pravom-polushariyah-golovnogo-mozga-v-protssesse-reabilitatsii>
4. Корсакова Н.К. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 4. С.4-8.
5. Корсакова Н.К. Типология нормального старения и факторы риска декомпенсации: нейропсихологический подход Нейрореабилитация - 2011. Материалы III-его Международного конгресса. Москва, 2011. С.77-78.
6. Корсакова Н.К., Когнитивные функции при нормальном старении и при болезни Альцгеймера Нейродегенеративные заболевания. Фундаментальные и прикладные аспекты / Под ред. академика М.В. Угрюмова. Москва, 2010. С. 304-312.

7. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. Москва.: Миклош, 2016. 176 с.
8. Дамулин И.В. Особенности депрессии при неврологических заболеваниях Фарматека. 2015. № 17. С. 25–34.

Жукова Наталья Владимировна – профессор кафедры клинической психологии факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России , 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3. тел. 8 (343) 214-87-91

НАПРАВЛЕНИЯ И ФОРМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕПОЛНЫМ СЕМЬЯМ

Попова К.А., Носкова М.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Екатеринбург*

Семья – это не только социальная малая группа, но и еще общественный институт. От благополучия российских семей зависит благополучие страны в целом. В статье рассматриваются направления и формы социально-психологической помощи неполным семьям, а также представлены методы, цели и модели по решению социально-психологических проблем в данных семьях.

Ключевые слова: неполная семья, социально - психологическая помощь, направления, формы.

The direction and form of socio-psychological assistance to one-parent families

Popova K.A., Noskova M.V.

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

The family is not only a small social group, but also a social institution. The welfare of the country as a whole depends on the well-being of Russian families. In the article consider directions and forms of social and psychological assistance to single-parent families and methods, targets and models are presented about decision social and psychological problems in this families.

Keywords: single-parent family, social and psychological assistance, directions, forms.

Введение

В настоящее время проблемы, связанные с семьёй, приобретают всё большую актуальность в современном обществе. Семья – это не только социальная малая группа, но и еще общественный институт. От благополучия российских семей зависит благополучие страны в целом. Между тем, с каждым годом увеличивается количество неполных семей. Это связано с увеличением разводов, распадом и нестабильностью в семье, утратой семейных ценностей, увеличением смертности. В последние годы специалисты чаще стали обращать внимание на специфику положения этих семей в нашем обществе [1].

Неполная семья – это семья, которая состоит из одного родителя с одним или несколькими несовершеннолетними детьми. Детско-родительские отношения в полной и неполной семьях отличаются рядом особенностей. Психологический климат неполной семьи во многом определяется болезненными переживаниями, возникшими вследствие утраты одного из родителей [2].

Родители и дети из неполных семей сталкиваются с целым рядом психологических и социальных проблем, в разрешении которых им нужна квалифицированная помощь специалистов. Одной из главных задач социально-психологической помощи является восстановление функционального единства семьи посредством нормализации отношений и психического здоровья ее членов. Специалист помогает разрешить проблемы; рекомендует соответствующую психотерапию; вырабатывает рекомендации по изменению ситуаций. Он проводит диагностическую, психокоррекционную работу с детьми и подростками, их родителями по изменению ситуации в образовательном учреждении, семье, координирует деятельность разных узких специалистов, оказывающих помощь и поддержку, является посредником между ребенком и всеми взрослыми.

Социально-психологическая помощь неполным семьям включает в себя деятельность по оказанию различных видов и форм непосредственной психосоциальной поддержки: консультативную помощь, психотерапию, оказание психосоциальной поддержки в рамках патронажа, привлечение детей и родителей к совместным мероприятиям. Суть этой деятельности заключается в оказании помощи одинокому родителю и его ребенку на личностном уровне в решении любых проблем их жизнедеятельности. Психологическая работа ориентирована на стабилизацию семейных отношений, гармонизацию отношений между членами семьи, социальное развитие неполной отцовской семьи и её членов. Мероприятия можно проводить отдельно с детьми, отцами, матерями, а также совместно. Одним из наиболее эффективных методов работы с неполной семьей является семейная терапия. Под семейной терапией принято понимать комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на психологическую коррекцию индивидуума в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений. N. W. Ackerman считает, что цель семейной терапии – мобилизовать собственные ресурсы семьи, это подход, ориентирующийся на духовные аспекты человеческого бытия. Показанием к семейной терапии является ситуация, когда неполная семья не справляется с выполнением основных функций [3].

На основе выделенных проблем и специфики родительско-детских отношений в неполных семьях можно выделить основные направления психологической помощи.

1. Психологическое консультирование родителей с целью оказания психологической поддержки и разрешения социально-психологических проблем.

2. Родительско-детский тренинг с целью найти новые пути взаимодействия с ребенком, осознать и проработать собственные ошибки в воспитании, а также формирование положительного психологического климата в семье.

3. Психокоррекционная работа с детьми, направленная на изменение поведения и развития личности ребенка.

В работе с неполной семьей психологу необходимо учитывать ее разновидность, т. к. в каждой возможно возникновение специфических проблем, связанных с психическим развитием и формированием личности ребенка. Вместе с тем можно выделить следующие принципы, которые являются общими в работе с любым типом семей, независимо от структуры и функциональных особенностей:

Психолог-консультант не должен брать на себя роль авторитетного лидера, единственного источника достоверной информации и знатока, способного разрешить любую семейную проблему.

Специалист, к которому обратились за помощью, лишь сообщает информацию об особенностях развития и поведения ребенка, раскрывает зону альтернативных решений проблемы. Право выбора того или иного решения сохраняется за родителем.

Психолог не должен интерпретировать и оценивать поведение родителя или ребенка. Его задача – оказание психологической поддержки в продуктивной постановке семейной проблемы, ее анализе и успешном разрешении самими членами семьи.

Сегодня социально-психологическая работа с семьей обладает широким спектром технологий, позволяющих оказывать эффективную поддержку и помощь неполным отцовским семьям, причем как для отца, так и для детей. Социально-психологическая работа – деятельность, направленная на улучшение жизненной ситуации в семье. Данная деятельность предполагает разработку комплексных мер психологического сопровождения и поддержки отцам и детям из неполных отцовских семей. Сложность такой работы заключается в том, что не все родители идут на контакт со специалистом, даже когда нуждаются в помощи и поддержке, им сложно обсуждать свои проблемы. Необходимо выявлять такие семьи и начинать работать с ними на ранних этапах возникновения трудной жизненной ситуации. Социально-психологическая помощь неполной семье может осуществляться в следующих направлениях: психосоциальная работа с родителем, психосоциальная работа с детьми, психосоциальная работа с семьей в целом. Специалисту, оказывающему помощь, необходимо знать особенности семьи,

возрастные аспекты, владеть коммуникативной культурой, профессиональной компетентностью, грамотно проводить консультацию, беседу, тактично оказывать помощь и ориентировать на самопомощь, а также осуществлять первичную психологическую поддержку, а для этого необходимы знания психологических особенностей и возможностей по устранению возникших проблем, умение оценить уровень благополучия конкретной семьи, ее психологического здоровья. Можно выделить еще направления социально-психологической работы с неполными семьями:

- изучение и обобщение различных технологий психосоциальной работы отечественного и зарубежного опыта по организации решения проблем неполных семей и граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Изучение документов, статистика, публикации СМИ;

- информационно-методическая (разработка и подготовка информационно-методических материалов, буклетов, памяток);

- организационно-методическая (подготовка и проведение методических семинаров, «круглых столов», «мастер-классов», рабочих встреч, показательных методических мероприятий по внедрению в практику новых форм и методов помощи родителям);

- консультационные услуги и просветительская работа (консультации специалистов согласно разработанной и утвержденной тематике, а также подготовка научно-просветительских и обзорных материалов для информационных стендов).

По своему характеру психологическая помощь может состоять из нескольких компонентов:

- рекомендациями организационных мер, связанных с воспитанием ребенка, таких, как направление в специальные или вспомогательные школы, специальные детские сады, направление на дополнительные консультации у психоневролога, логопеда, психолога-консультанта другого профиля и т. д.;

- рекомендациями в методах воспитания и обучения;

- профессиональной ориентации подростков;

- определению готовности ребенка к школьному обучению и выявлению причин трудностей в учении;

- осуществлению психотерапевтических и психокоррекционных воздействий.

Психосоциальная помощь включает следующие компоненты: образовательный, психологический, посреднический.

Образовательный компонент содержит два направления деятельности: помощь в обучении и воспитании. Она направлена на предотвращение возникающих семейных

проблем и формирование педагогической культуры отца. Помощь в воспитании проводится в первую очередь с родителем – методом консультирования, а также с ребенком, посредством создания специальных воспитывающих ситуаций для решения задачи своевременной помощи семье в целях ее укрепления и наиболее полного использования ее воспитательного потенциала.

Психологический компонент содержит поддержку и коррекцию. Поддержка направлена на создание благоприятного микроклимата в семье в период трудной жизненной ситуации, коррекцию применяют для установления оптимальных межличностных отношений между отцом и детьми, также коррекция позволяет выявить внутрисемейные конфликты.

Посреднический компонент включает помощь в организации, координации и информировании.

Итак, специалист, оказывающий помощь неполной семье в индивидуальных консультациях через образовательную и посредническую помощь, достигает результата психологической поддержки, воздействуя на чувства сомнения и страха, которые препятствуют контролю над образовавшейся ситуацией.

В соответствии с ориентированностью помощи и ее характером можно выделить несколько моделей психологической помощи семье.

Педагогическая модель базируется на гипотезе недостаточной педагогической компетентности родителей и предполагает оказание им помощи в воспитании детей. При этом виде помощи лицом, в отношении которого планируется и осуществляется воздействие, является тот член семьи, на которого жалуются, прежде всего, ребенок. Консультант анализирует вместе с родителем сложившуюся ситуацию и вырабатывает программу мер, направленных на ее изменение. Хотя сам родитель может быть в той или иной степени причиной неблагополучия ребенка, однако эта возможность, по крайней мере, открыто, не рассматривается, а в выработке мер воздействия консультант ориентируется не столько на индивидуальные особенности ребенка и родителя, сколько на универсальные, оптимальные с точки зрения педагогики и психологии способы воспитания. Консультант выступает в роли специалиста, которому лучше консультируемого известны проблемы, приемы и способы воспитания, он может давать домашние задания, проверять их выполнение и т. д.

Диагностическая модель основывается на предположении дефицита специальных знаний у родителей, которые позволили бы им принять правильное решение, и предполагает оказание помощи в виде вынесения диагностического заключения, которое

послужит основой для организационных решений, в том числе и состоящих в посещении других специалистов. Как правило, в рамках этой модели объектом диагностики оказываются дети или подростки с отставанием в развитии, с трудностями в учебе, с отклонениями в поведении, а помощь оказывается родителям в виде рекомендаций тех или иных решений. Эффективность этого вида помощи зависит от степени развитости и дифференцированности системы специальных воспитательных учреждений.

Социальная модель помощи основывается на предположении, что семейные трудности – результат неблагоприятных обстоятельств и, помимо анализа жизненной ситуации и рекомендаций, предполагает непосредственное вмешательство в эти обстоятельства жизни клиентов.

Медицинская модель помощи предполагает, что в основе семейных трудностей лежат болезни, болезненные состояния или болезненное развитие личности одного или обоих супругов, ребенка. Соответственно, усилия специалистов направлены на излечение этой болезни, реабилитацию больных членов семьи, адаптацию здоровых членов семьи к особенностям больных.

Психологическая (психотерапевтическая) модель помощи предполагает, что причины тех или иных проблем или неблагополучий в семье лежат либо во внутрисемейном общении, либо в личностных особенностях членов семьи. И то, и другое рассматривается не как следствие болезни кого-либо из членов семьи, а как закономерное, хотя и негативное, следствие развития членов семьи и семьи в целом. Другими словами, психологическая модель рассматривает семейные дисгармонии, в том числе связанные с развитием личности ребенка, его поведением, в рамках самодвижущегося процесса. В этом процессе исходные предпосылки в виде особенностей мотивации брака или поведения ребенка, стереотипов родительской семьи и сформированного жизненного стиля, системы отношений к людям и событиям, личностных черт и т. д. порождают систему эмоциональных связей, взаимоотношений, реализующихся в общении. Особенности этих связей и общения в целом, в свою очередь, служат предпосылками внутрличностных конфликтов, определяют способы неадекватного реагирования на ситуации, затрагивающие жизнь семьи [4].

Формами работы с неполной семьей могут быть как индивидуальными, так и групповыми. В соответствии с целями деятельности социально-психологической работы с неполными семьями, необходимо, прежде всего, разрабатывать целостные программы поддержки и помощи семьям, испытывающим изменения в семейном равновесии, создавать банки данных о неполных семьях, своевременно выявлять основные проблемы

и трудности, оказывать поддержку членам семьи, разрабатывать, осваивать и эффективно использовать модели индивидуального консультирования и групповой работы с семьями, формы и технологии взаимодействия специалистов разного профиля по осуществлению поддержки таким семьям, проводить подготовку и переподготовку специалистов разного профиля для осуществления работы в направлении с неполными семьями.

Список литературы

1. Токарева Ю. А., Носкова М.В., Свеженцева Е.А. Феномен современного отцовства // Психология детско-родительского взаимодействия отца с ребенком. – Екатеринбург: Урал. гос. мед. ун-т, 2014. – 294 с.
2. Литвинов Г.А., Зарединова Э.Р., Меджитова З.С., Фазылова Э.Э Психологическое исследование детско-родительских отношений в неполной семье / Проблемы современного педагогического образования. 2015. № 5. С. 267-275
3. Ackerman N.W. The Strength of Family Therapy : selected papers / Eds. D. Bloch, R. Simon; Ackerman Institute for Family Therapy.-N.Y.:Brunner/ Mazel, publishers, 1982.-Ch. 18.:The family as a Social and Emotional Unit. – P. 153-158
4. Носкова М.В. Исследование родительско-детских отношений в неполных отцовских семьях / Ученые записки Российского государственного социального университета. М., 2009. № 11. С.256-259

Носкова Марина Владимировна - кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии и педагогики, ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России. 620028, г. Екатеринбург, ул. Ключевская, 17, каб.104, раб тел. 8(343) 214-85-86, электронная почта mp66@mail.ru..

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ

Репкина Е.Р., Набойченко Е.С., Буланов К.Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург

В данной статье описаны результаты экспериментального исследования, которое включало в себя выявление психологических особенностей подростков с избыточной массой тела, теоретическое обоснование влияния данных особенностей на возникновение избыточной массы тела, а также выявление и описание психотерапевтических мишеней, воздействие на которые будут способствовать профилактике формирования избытка массы тела у подростков и более результативному её снижению.

Ключевые слова: избыток массы тела, личность, мишени психологического воздействия, подростковый возраст, агрессия, психосоматика.

Psychological determinants of the formation of excess body weight among teenagers

Repkina E.R., Naboichenko E.S., Bulanov K.L.

Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg

The article contains results of an experimental study, which consists of identification of psychological characteristics of teenagers with excess body weight, theoretical justification of influence of this characteristics to excess body weight as well as identification and description of targets for psychotherapeutic interventions through prevention obesity and having better results in its therapy.

Keywords: excess body weight, personality, aims for psychological interventions, teen age, aggression, psychosomatics.

Введение

В современном мире существует несколько факторов риска, которые могут оказать существенно влияние на продолжительность жизни человека и ее качество.

По данным ВОЗ, пятерку самых важных факторов, обуславливающих внушительную долю смертности, составляют артериальная гипертензия, курение, гипергликемия, низкая

физическая активность, а также избыточная масса тела и ожирение. Из вышеперечисленных факторов только избыточная масса тела и ожирение является фактором новым для современного человека. С артериальной гипертензией и негативными последствиями курения человечество сталкивается на протяжении многих лет, в то время как: «в XXI веке избыточная масса тела стала одной из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ» [1].

Если отмечать взаимосвязь избыточной массы и психологии, опытным путем было доказано, что различные программы снижения веса и формирования приверженности здоровому образу жизни обеспечивают лучший результат, если к работе врачей и тренеров подключаются психологи [2]. С другой стороны, психологами эта проблема исследовалась мало, и вопрос: что именно с психологической точки зрения приводит к формированию избытка массы тела и как на основании этих данных мы можем бороться с ожирением – остается открытым.

Согласно исследованиям медицинских работников, вероятность появления ожирения у ребенка возрастает в разы, если один или оба родителя имеют избыток массы тела [3].

Особое беспокойство внушает быстрый рост количества детей и подростков с избыточной массой тела, поскольку избыточный вес может приводить к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, сахарному диабету и другим проблемам. С точки зрения психологии подростки также интересны особенностями набора лишнего веса. Ведь питание подростка еще контролируется родителями и школой, но при этом у подростка частично сформированы пищевые предпочтения и собственный режим питания.

Цель работы: выявление психологических детерминант формирования избытка массы тела у подростков для конкретизации основных направлений психокоррекционной работы по снижению веса.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 39 подростков в возрасте от 12 до 16 лет: 20 подростков обоих полов с подтвержденной лечащим врачом избыточной массой тела и 19 подростков обоих полов без избыточной массы тела. Подростки с избыточной массой тела не имели соматических заболеваний, которые вызывают набор массы тела. Также был проведен анализ зарубежной и отечественной литературы по исследуемым феноменам.

Для проведения исследования были использованы методики: «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири, адаптированная Л.Н. Собчик; «Виды агрессивности», разработанная Л.Г. Почебут на основе методики А. Басса и А. Дарки;

«Подростки о родителях» в переводе Л.И. Вассерман и И.А. Горьковой; «Мини-мульт», адаптированный Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым; Проективная методика «Рисунок человека»; Проективная методика «Рисунок семьи».

Результаты и обсуждение

Ф. Александер писал о психосоматике ожирения, обращая пристальное внимание на работу нервной системы в контексте агрессивности. Он предполагал, что психологические и соматические особенности пациента могут быть связаны с работой нервной системы. По мнению ученого, симпатическая нервная система у лиц, страдающих ожирением, ослаблена, что приводит к невозможности проявления агрессии, мобилизации. Мы предположили, что определенный стиль воспитания подростка и события его детства могут накладывать своеобразный запрет на проявление агрессии, который может оказаться настолько сильным, что блокирует работу симпатической нервной системы. Нарушенная работа симпатической нервной системы влияет на агрессию и все процессы, направленные на разрушение. Таким образом, нарушаются процессы липолиза, в результате чего происходит накопление избыточной жировой ткани [4]. Этот взгляд на причину формирования избыточной массы тела мы использовали в качестве основополагающего в нашей работе.

Формирование индивидуально-личностных особенностей происходит в процессе развития и воспитания ребенка, под непосредственным влиянием родителей или других значимых взрослых. В этих условиях формируются и жизненные сценарии по Э. Берну [5]. Поэтому в исследовании мы решили также затронуть отношения подростков с родителями, чтобы определить, являются ли они одной из детерминант формирования избытка массы тела у подростков.

Нахождение и разрешение любых неприятных и неудобных для пациента жизненных сценариев, несомненно, требует продолжительной индивидуальной или групповой работы с психологом. Но мы предположили, что жизненные сценарии, приводящие к формированию избытка массы тела, складываются у подростков, обладающих сочетанием определенных черт характера и личностных особенностей, а также при определенных отношениях с родителями.

Мы получили следующие результаты по методике Т. Лири (см. рис. 1)



Рис. 1 Сравнение профилей межличностных отношений

Хорошо заметно, что в исследуемой группе ярче выражены предпочтения в стиле межличностных отношений, в то время как правая диаграмма практически ровная, а значения по октантам не превышают 6 баллов. Для исследуемой группы доминирующим является ответственно-великодушный и сотрудничающе-конвенциональный типы межличностных отношений. Такое снисхождение и альтруизм в отношении к окружающим для подростка необычны. Это может свидетельствовать о низкой, подавленной агрессивности подростков с избытком массы тела.

Результаты методики «Подростки о родителях» свидетельствуют о том, что, по мнению самих подростков, отношение родителей к детям в группе подростков с избытком массы тела лучше. Родители больше заинтересованы в том, что делают их дети, проводят с ними досуг, испытывают меньше враждебности. К сожалению, у нас не было возможности обследовать родителей в обеих группах, но мы предположили, что определяющим фактором здесь является именно точка зрения подростка. В семьях, где сепарация подростка от родителей не завершилась по механизму, описанному нами выше, интерес родителей к делам подростка трактуется последним не как раздражающий контроль, а как забота и внимание. Подобным образом подростки без избытка массы тела могут преувеличивать в силу возрастных личностных особенности несовпадения своих взглядов со взглядами родителей.

Что касается агрессивности, мы выявили, что для подростков с избыточной массой тела характерен более низкий уровень агрессии (рис. 2).

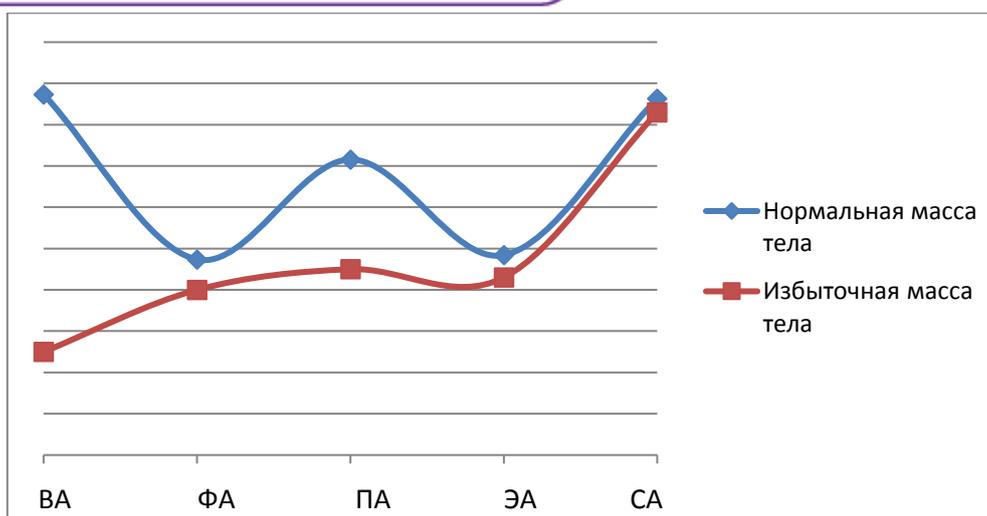


Рис. 2 Сравнение результатов теста «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут между двумя группам
Примечание: ВА – вербальная агрессия, ФА – физическая агрессия, ПА – предметная агрессия, ЭА – эмоциональная агрессия, СА – самоагрессия.

Результаты выполнения методики «Мини-мульт» свидетельствуют о том, что подростки с избытком массы тела лучше адаптированы в обществе. Им легко дается соблюдение общественных норм. Они старательны, добросовестны, но при этом не склонны к глубокому проживанию эмоций.

Подростки с избыточной массой тела, в отличие от подростков контрольной группы, имеют близкие отношения с родителями, характеризующиеся позитивным интересом первого и подчиняющимся типом поведения второго. Подросткам исследуемой группы сложно настоять на своем, они охотно соглашаются с мнением окружающих, зависимы от него, не уверены в себе. Им важно соблюдать социальные нормы, они гипертимичны. Однако если подросток злится, он может проявить настойчивость, скептицизм, отстаивать свое мнение и даже продемонстрировать вербальную агрессию.

Получается некий портрет «добродушного толстяка», который всегда, удобен для окружающих, добродушен, мягкосердечен, предупредителен. И очень редко, ведь баллы агрессивности у исследуемой группы невысокие, может настоять на своем.

Вообще, более низкий балл у исследуемой группы по тесту «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут наводит на мысль о том, что агрессия плохо осознается подростками с избытком массы тела. Поскольку вопросы в тесте достаточно прямо спрашивают об агрессии, а сама инструкция содержит в себе упоминание «конфликтных стрессовых ситуаций», подросткам может быть сложно найти в себе что-то явно агрессивное, подходящее под описание в самом тесте.

Полученные данные авторы интерпретировали следующим образом: в процессе развития и воспитания ребенка у него формируются определенные личностные черты и

стиль межличностных отношений, которые блокируют осознание и проявление подростком своих агрессивных чувств, а результате чего у подростка функционирует «мирная экономика» по Ф. Александеру [4], которая запускает формирование избытка массы тела и затрудняет ее снижение.

Групповая психотерапия представляется авторам наиболее удобной для использования в данной ситуации. В работе с подростками она удобна тем, что мы можем интегрировать в психотерапию обучающие моменты, связанные с расширением круга знаний подростка о своем заболевании, а также выявить стратегию поведения подростка со сверстниками в относительно неформальной обстановке, включая сексуальность подростка. Групповую психотерапию возможно использовать в рамках соматического стационара, а также при санаторно-курортном лечении подростков или в оздоровительных детских лагерях.

Групповая психотерапия подростков рассматривается как серия межличностных взаимодействий в малой группе, нацеленных на формирование у участников адекватной самооценки и целостной Я-концепции, конфронтацию с собственными бессознательными проблемами, раскрытие своих переживаний и их вербализацию, знакомство с агрессивными чувствами, совершенствование навыков контроля за ситуацией, научение строить отношения с другими во взаимоудовлетворяющей манере [6].

Основным акцентом работы с доэдипальным пациентом, коим является психосоматический пациент по Х. Спотницу, в рамках психоаналитического подхода является помощь в доразвитии Эго пациента [7]. То есть, Эго, остановившееся в развитии в момент травмирующего события в его детстве, нуждается в поддержке, помощи в установлении собственных границ.

Целью психотерапии, если она не лежит в рамках когнитивно-поведенческого подхода, является не научение социальным навыкам, но знакомство клиента с самим собой, а это знакомство не может иметь какой-то заранее определенной стратегии. В психотерапии подростков с избыточной массой тела когнитивно-поведенческая психотерапия не будет востребована, поскольку мы определили, что они достаточно усвоили социальные нормы и придерживаются их. Для нас наиболее важным будет познакомить пациента с его аффектами, перевес их в сферу чувств и эмоций.

После того, как подросток познакомится с агрессией и сможет ее реализовывать, мы сможем уделить внимание социальному научению в нахождении подростком способов реализации агрессии. Для этого необходимо использовать комплексный подход, взаимодействие с диетологами, тренерами и врачами. В этом случае высшая форма агрессии, направленной на себя, то есть воля, найдет свою реализацию в соблюдении

строгой диеты, назначенной врачом, а также во время работы в спортзале с тренером или инструктором.

Список литературы:

1. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения // [Электронный ресурс] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf
2. Фролова, Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю.Г. Фролова. – Минск: ЕГУ, 2003. – 172 с.
3. Салтанова, С.Д. Современные аспекты диагностики, лечение и профилактики ожирения у детей / С.Д. Салтанова // Здоровье ребенка – 2017. – № 6. – Том XII. С .712-719.
4. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
5. Берн, Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных / Э. Берн. – М.: Литагент 5 редакция, 2017. – 204 с.
6. Эйдемиллер, Э.Г. Детская психиатрия. Учебник для вузов / Э.Г. Эйдемиллер. – СПб.: Питер. 2004. – 1120 с.
7. Спотниц, Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники / Х. Спотниц. – СПб.: ВЕИ, 2004. – 296 с.

Репкина Елена Романовна – студент кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, каб. 109, тел. 8-912-291-45-77, e-mail: 79122914577@ya.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕЙРОДЕРМАТИТОМ

Селиванова Е.А., Набойченко Е.С., Буланов К.Л.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Екатеринбург*

В статье описаны результаты экспериментального исследования, которое включало в себя выявление психологических особенностей, которые влияют на формирование фрустрированных потребностей у пациентов с нейродерматитом, а также выявление и описание психотерапевтических мишеней, позволяющих определить возможности психотерапевтического сопровождения пациентов с хроническими дерматозами.

Ключевые слова: психосоматические заболевания, психологические мишени воздействия, нейродерматит, фрустрированные потребности.

Psychological characteristics and psychotherapeutic support of patients suffering from atopic dermatitis

Selivanova E.A., Naboichenko E.S., Bulanov K.L.

Ural state medical university, Ekaterinburg

The article describes the results of an experimental study, which included the identification of psychological characteristics that affect the formation of frustrated needs in patients with neurodermatitis, as well as the identification and description of psychotherapeutic targets to determine the possibility of psychotherapeutic support of patients with chronic dermatosis.

Keywords: psychosomatic diseases, psychological targets, neurodermatitis, frustrated needs.

Введение

Нейродерматит – наиболее распространенное хроническое и рецидивирующее заболевание из группы зудящих дерматозов [1]. Заболевание проявляется в раннем детстве, и уже на этом начальном этапе заболевания происходит нарушение межличностных контактов, которое первоначально проявляется в отношениях диады «матери и ребенка».

С раннего возраста ребенок учится справляться с фрустрацией и амбивалентностью, которые необходимы для развития его Эго [2]. У него сосуществуют две потребности: в материнской защите и безопасности, а также в сепарации, приобретении независимости от заботящейся родительской фигуры. Если потребности ребенка систематически не удовлетворяются, он становится чрезмерно фрустрирован и уровень его агрессии возрастает.

Под фрустрацией отечественные авторы понимают такое психическое состояние человека, которое вызывается определенными трудностями на пути к удовлетворению потребности [3]. По мнению зарубежных авторов, фрустрация возникает при условии появления препятствия и характеризуется расстройством планов и разочарованием. Фрустрация имеет прямое отношение к последствиям, которые возникли ввиду неудовлетворения влечения или неудачи на пути к достижению цели [4].

Ребенок в силу своего возраста не проявляет агрессивные импульсы открыто, подавляет их, чтобы сохранить заботу о себе и преодолеть фрустрацию. По мере появления других психологических защит происходит вытеснение ярости, и образуются аффективное ядро в виде неразряженных агрессивных реакций. Причиной агрессии является ранняя фрустрация, которая во взрослом возрасте может повлечь за собой развитие тяжелого психосоматического заболевания [5].

Взрослый человек должен быть самостоятельным, например, при столкновении с трудными жизненными ситуациями ему самому необходимо их преодолевать и справляться с ними. Чтобы прийти к самостоятельности, к осознанному принятию решений и ответственности за эти решения, каждому из нас предстоит отделиться от оберегающих родительских фигур и пережить процесс сепарации [6]. При невозможности принимать самостоятельно решение у человека возникает состояние фрустрации и фрустрированных потребностей в дальнейшем.

Значимость изучения фрустрированных потребностей продиктована тем, что в более зрелом возрасте само заболевание выступает в качестве патологической защиты, которая бессознательно вызывает механизм психосоматизации.

Таким образом, изучение психологических особенностей пациентов с нейродермитом на раннем этапе их возрастного развития, рассмотрение проблемы фрустрированных потребностей у детей и подростков с хроническими дерматозами, все это открывает возможность для выявления и описания психотерапевтических мишеней воздействия для предотвращения их психосоматизации. В основе психотерапевтического сопровождения лежит концепция современного психоаналитического направления.

Цель исследования: выделение психотерапевтических мишеней и разработка психотерапевтического сопровождения пациентов с нейродерматитом.

Материалы и методы

Работа основана на диагностическом материале, полученном в ходе обследования 37 пациентов, страдающих нейродерматитом, а также анализе отечественных и зарубежных литературных источников.

Для проведения исследования были использованы такие методики, как: диагностика межличностных отношений (ДМО) Т. Лири в модификации Л.Н. Собчик, тест профиля отношений Р. Борнштейна в адаптации О.П. Макушиной, опросник межличностных отношений (ОМО) В. Шутца в адаптации А.А. Рукавишникова.

Результаты и обсуждение

Анализируя результаты методики ДМО Т. Лири нами было выявлено, что показатель «Доминирование-подчинение» у больных с нейродерматитом имеет тенденцию к склонению большего количества ответов в сторону показателя «Подчинение». Таким образом, можем предположить, что в межличностных отношениях пациенты с нейродерматитом склонны не брать ответственность на себя, уступчивы, пассивны, стремятся найти опору в другом человеке.

В тесте профиля отношений Р. Борнштейна высокий результат наблюдается по переменной «Деструктивная сверхзависимость». Это означает, что пациенты с нейродерматитом обладают чрезмерной зависимостью от других. В основе этого состояния лежит потребность в эмоциональной близости, любви и принятии со стороны значимых людей, а также ригидное стремление к получению помощи и поддержки. Такие люди постоянно ощущают себя беспомощными и слабыми, независимо от какой-либо конкретной ситуации. Чертами личности с чрезмерной зависимостью являются неуверенность в себе, чувство беспомощности, а также ощущение тревоги из-за возможного отвержения и одиночества.

По переменной «Здоровая зависимость» отмечен низкий результат, что говорит о том, что пациенты с нейродерматитом могут не обладать гибкостью в общении с другими людьми, способностью обращаться за помощью к другим по необходимости, а также не умеют устанавливать долговременные эмоциональные отношения. «Здоровая зависимость» берет свое начало еще в раннем детстве, когда родители последовательны в стиле воспитания и прививают ребенку чувство базовой психологической уверенности в безопасности, Они своим отношением к ребенку убеждают его в том, что обращение к

другим людям за помощью не является признаком слабости или собственной неуспешности.

По результатам опросника межличностных отношений В. Шутца отмечается высокий показатель «контроля», что отражает потребность пациентов с нейродерматитом «контролировать и влиять» на окружающих людей.

Низкие результаты в выраженном и требуемом поведении в области «аффекта» дают основание для утверждения, что пациенты с нейродерматитом проявляют осторожность и избирательность в установлении близких, глубоких эмоциональных отношений.

Обобщая полученные результаты, можно отметить, что пациенты с нейродерматитом в межличностных отношениях обладают чрезмерной зависимостью. Проявляется это в фрустрированном психологическом состоянии, в основе которого, с одной стороны, лежит потребность в эмоциональной близости, любви и принятии со стороны значимых других, с другой, в чрезмерной потребности и проявлении контроля.

Сопутствующими чертами их личности могут быть неуверенность в себе, чувство беспомощности, ощущение тревоги из-за возможного отвержения и одиночества, поэтому контролировать другого человека становится для них необходимо. При этом потребность в долговременных и доверительных отношениях с другими людьми, наряду с проявлениями осторожности и избирательности в установлении близких, глубоких эмоциональных отношений усиливает их двойственные переживания, что только усугубляет заболевание.

Анализ литературных источников, касающихся психологических аспектов возникновения нейродерматита, позволил установить, что патогенез кожного заболевания зависит от психоэмоционального состояния (перенапряжения) и нервно-психического реагирования человека (реакции вегетативной нервной системы).

Нейродерматит – это не только физическое заболевание, но психосоматическое, которое вызвано, прежде всего, нарушенными детско-родительскими отношениями. Данное заболевание начинает развиваться в раннем детском возрасте, а затем, уже в более зрелом возрасте, выступать в качестве патологической защиты, которая бессознательно вызывает механизм психосоматизации личности.

Мы определили психологические мишени, которые необходимо учитывать при психологическом сопровождении лиц с нейродерматитом: тенденция найти опору в другом человеке, склонность к чрезмерной зависимости, ригидное стремление к получению помощи и поддержки, тревога из-за возможного отвержения и одиночества, потребность в контроле и влиянии на окружающих людей, осторожность и

избирательность в установлении близких, глубоких эмоциональных отношений. Также мы установили связь между детско-родительскими отношениями и фрустрированными потребностями. Нами установлено, что потребности ребенка заключаются не только в материнской защите и безопасности, но и в сепарации. Если же эти потребности не удовлетворяются или удовлетворяются матерью с большой задержкой во времени, то ребенок становится чрезмерно фрустрирован, а уровень его агрессии возрастает. У пациентов с нейродерматитом агрессивные чувства проявляются через симптомы их заболевания. Агрессия, которая должна быть направлена вовне, направляется на себя. По мере взросления, в старшем возрасте, нарушения межличностных контактов переносятся и на отношения с окружающими людьми.

Выводы

1. У пациентов с нейродерматитом в межличностных отношениях амбивалентность, которая проявляется, с одной стороны, в потребности в эмоциональной близости и любви, с другой, в осторожности и избирательности в установлении контактов;
2. Пациенты с нейродермитами обладают высоким уровнем чрезмерной зависимости от других людей; эта зависимость представляет собой состояние, в основе которого лежит потребность в эмоциональной близости, любви и принятии их «другими значимыми», а также в ригидном стремлении получить помощь, одобрение и поддержку;
3. Превалирующими чертами их личности могут быть неуверенность в себе, чувство беспомощности, а также ощущение тревоги из-за возможного отвержения и одиночества; в силу этих причин развивается трудность в установлении долговременных эмоциональных отношений с другими людьми.

Таким образом, основной целью психологического сопровождения пациентов с нейродерматитом является работа с противоречивым внутренним состоянием эмоционального переживания, психологической амбивалентностью, что впоследствии позволит формировать адаптивный уровень здоровой зависимости.

Так как в структуре их личности отмечается стремление к деструктивной сверхзависимости, мы предполагаем, что кожные проявления нейродерматита – это нарушения в установлении границ между матерью и ребенком, когда ребенок не может проявить агрессию на мать, если она не удовлетворяет его потребности. Установлено, что агрессия может быть вызвана фрустрацией и быть использована как защита. Кожные проявления нейродерматита являются для пациента патологической защитой, «неосознанным желанием» увеличить дистанцию между собой и окружающими людьми. Можно предположить, что пациенты с нейродерматитом, не обладают гибкостью в

общении с людьми, способностью обращаться за помощью к другим, устанавливать долговременные эмоциональные отношения.

Психотерапевтическое сопровождение предполагает снятие психологической амбивалентности, профилактику дальнейшего развития имеющегося психосоматического состояния, снижение симптомов и предотвращение возможного рецидива заболевания. При реабилитации лиц с нейродерматитом необходимо придерживаться междисциплинарного подхода. Оказание помощи должно носить комплексный медико-психологический характер: врач – пациент – психолог.

Список литературы

1. Самцов А.В. Кожные и венерические болезни [Текст] / А.В. Самцов, В.В. Барбинов – СПб.: ЭЛБИ, 2002. – 314 с.
2. Малер Маргарет С., Пайн Фред, Бергман Анни Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация [Текст] / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2011. – 413 с.
3. Середина Н.В. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология [Текст] / Н.В. Середина, Д.А. Шкуренко – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 512 с.
4. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. Л.В. Топоровой, С.В. Воронина и И.Н. Гвоздева под редакцией канд. философ. наук С.М. Черкасова. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. – 288 с.
5. Федоров Я.О. Современный клинический психоанализ 2.0: возврат к Зигмунду Фрейду // [Электронный ресурс] <http://modernpsychoanalysis.ru/article/sovremennyi-klinicheskiy-psihoanaliz>
6. Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. Вып. 7. – М.: СВИВТ, 2013. – С. 49–59.

Селиванова Екатерина Андреевна – аспирант кафедры клинической психологии и педагогики ФГБОУ ВО УГМУ, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3, каб. 109, тел. 89090246992, e-mail: katerina.sea@mail.ru

СООТНОШЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И ЦЕННОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Степанова Н.В., Благовещенская И.В.

*ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский университет
г. Челябинск, Российская Федерация*

Исследование фокусируется на демонстрации проблемы различий в сферах личности больных с невротическим расстройством, в период их нахождения в лечебном учреждении – с момента поступления и до выписки. Проблема является актуальной, так как ценностные ориентации лиц с невротическим расстройством практически не подвергались анализу. В работе были использованы Миннесотский многоаспектный личностный опросник и Тест аксиологической направленности личности. Выявлены некоторые закономерности в динамике заболевания. Результаты данного исследования могут быть полезны для внесения коррективов в лечебный процесс.

Ключевые слова: личностная организация, личностные ценности, пациент.

Relationship of personal and value characteristics of patients with adaptation disorders

Stepanova N.V., Blagoveshchenskaya I.V.

*FGBOU VO South Ural State Medical University
Chelyabinsk, Russian Federation*

Our study focuses on the demonstration of the problem of differences in the areas of the personality of patients with neurotic disorder, during their stay in a hospital - from admission to discharge. The problem is relevant, since the value orientations of people with neurotic disorder have practically not been analyzed. The Minnesota multidimensional personal questionnaire and the test of axiological orientation of the personality were used in the work. Identified some patterns in the dynamics of the disease. The results of this study may be useful for making adjustments to the therapeutic process.

Keywords: personal organization, personal values, patient.

Введение

На сегодняшний день, невроз – одно из самых распространенных личностных расстройств. Имея в качестве этиологического фактора психотравму, данное состояние может развиваться в любом возрасте. При этом возникает нарушение психических функций, их эмоционального и поведенческого компонентов, что ведет к искажению черт личности.

Ценностные ориентации – одна из главных характеристик человека, показывающая его развитие как личности. Они демонстрируют особенности взаимодействия человека с

окружающим миром и его отношение к самому себе, обуславливают его мировоззрение и жизнедеятельность в целом.

Цель данной работы – выявить соотношение личностных и ценностных характеристик пациентов с расстройствами адаптации.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Областной клинической специализированной психоневрологической больницы № 1 г. Челябинска, отделение № 27. В эксперименте участвовало 33 респондента. Возраст опрашиваемых от 19 до 50 лет. Участие в эксперименте было добровольным. В отношении респондентов соблюдались нормы конфиденциальности и уважения автономии.

Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе исследования выявлялись личностные особенности больных с невротическим расстройством в момент поступления в отделение и при выписке. Испытуемым был предложен Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММРП) в модификации Л.Н. Собчик (СМИЛ), 1971 г.

Так же в исследовании был применен Тест аксиологической направленности личности (АТЛЦ), разработанный А.В. Капцовым. В состав теста входят следующие группы шкал: ценности сфер жизнедеятельности, устойчивости ценностей сфер жизнедеятельности, личностных ценностей, устойчивости личностных ценностей. Кроме основных информационных шкал, тест содержит шкалу достоверности и шкалы безразличия [1]. В данной работе нами был сделан акцент на исследовании группы шкал личностных ценностей.

На втором этапе были проанализированы полученные результаты и выявлены наиболее явные и значимые закономерности и взаимосвязи. Математическая обработка эмпирических данных исследования проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0. [2 - 5].

Результаты и их обсуждение

В ходе проведения первого этапа исследования, были проведены методики СМИЛ и АТЛЦ [2]. Далее в таблице приведены статистически значимые данные.

Сопоставление результатов измерения личностных черт и качеств пациентов с невротическими расстройствами в момент поступления и выписки (критерий Манна-Уитни)

| Методика ММРІ | Ср. знач. (поступление) | Станд.отклон. (±) | Ср. знач. (выписка) | Станд.отклон. (±) | V alid N | p- level |
|----------------|----------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------|-------------|
| Импульсивность | 64 | 24,04 | 66,56 | 10,26 | 3 3 | 0,0 26 |
| Интроверсия | 64,12 | 7,48 | 54,89 | 11,24 | 3 3 | 0,0 28 |

Небольшое повышение показателя импульсивности при выписке, в сравнении с его уровнем при поступлении, демонстрирует рост жизненной активности и мотивации пациентов, с одной стороны, и о некоторой несдержанности своих эмоциональных реакций и недостаточности волевых проявлений, с другой.

Снижение показателя интроверсии может свидетельствовать об обращении личностных черт в сторону экстраверсии, что характеризуется более открытым поведением при взаимодействии с окружающими и меньшей акцентированностью на «внутреннем мире» самих пациентов.

При анализе аксиологических характеристик личности, таких как: ценность себя (индивидуальности) или других (социальности), духовного удовлетворения или материального благополучия, креативности или традиций, жизнедеятельности или достижений, достоверных различий выявлено не было.

При статистической обработке данных, нами так же был проведен корреляционный анализ (Коэффициент парной корреляции), между полученными показателями в момент поступления и при выписке пациентов. Далее, для наглядности предоставляемого материала, нами были построены корреляционные плеяды.

На рисунке 1 представлены показатели высокой тесноты связи между оцениваемыми признаками личностных черт и аксиологических характеристик пациентов с расстройствами адаптации в момент поступления.

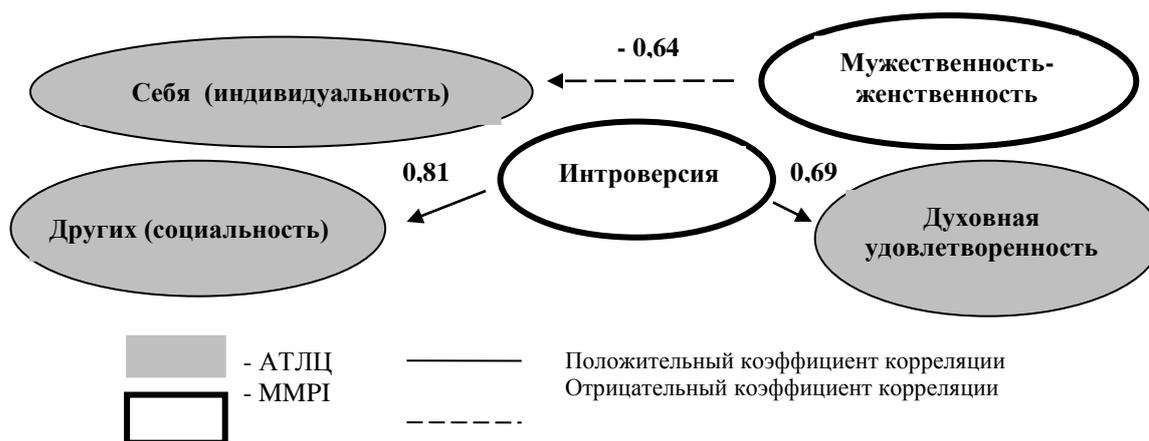


Рис. 1 Коэффициенты взаимосвязи личностных черт и личностных ценностей пациентов с расстройствами адаптации в момент поступления (n = 33)

Находясь в обратной связи, при увеличении показателя по шкале «мужественности-женственности», будет происходить снижение показателя шкалы «себя (индивидуальности)». Это свидетельствует о некоторой потере своей личности, невозможности четко ответить на вопрос «кто я?», вследствие искажения черт характера в противоположную полу респондента сторону.

Следующую группу шкал объединяет шкала «интроверсии», которая отражает снижение уровня включенности в социальную среду. Ее прямая связь со шкалой «духовной удовлетворенности» можно объяснить тем, что при «уходе» от «внешнего» мира, человек начинает активно развивать свой «внутренний», занимаясь самосовершенствованием в различных областях знания. Так же, имея связь со шкалой «других (социальности)», которая характеризует значимость для личности окружающих его людей, необходимость ощущения своей принадлежности к обществу, что полярно отличается от значения шкалы «интроверсии», может свидетельствовать о наличии внутриличностного конфликта.

Рисунок 2 наглядно демонстрирует показатели высокой тесноты связи между оцениваемыми признаками личностных черт и аксиологических характеристик пациентов с расстройствами адаптации в момент выписки.

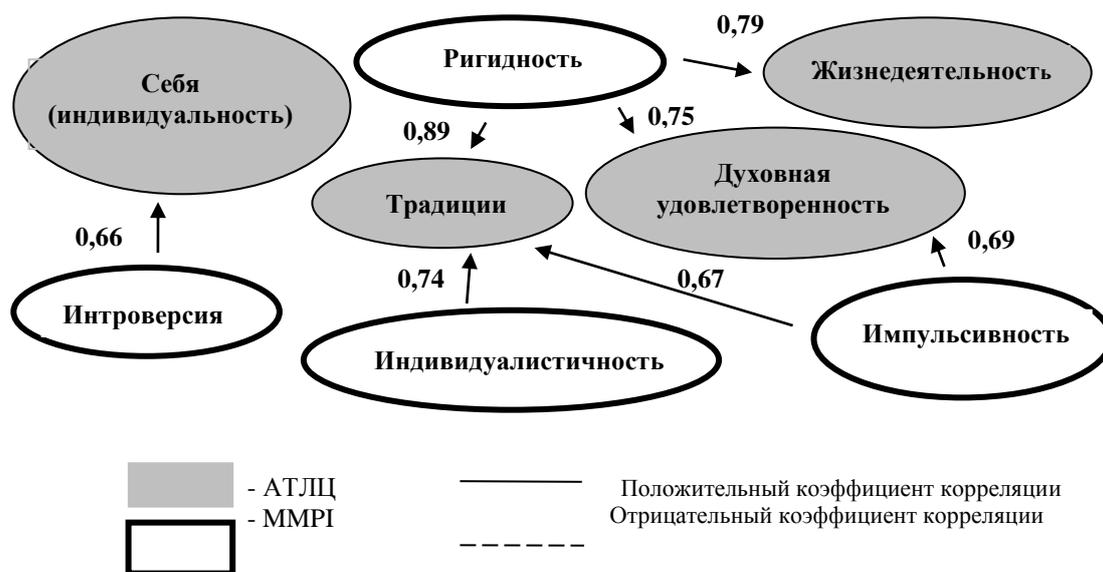


Рис. 2 Коэффициенты взаимосвязи личностных черт и личностных ценностей пациентов с расстройствами адаптации в момент выписки (n = 33)

В сравнении с данными в момент поступления, при выписке шкала «интроверсии», которая отражает снижение уровня включенности в социальную среду, имеет прямую связь со шкалой «себя (индивидуальности)», что проявляется в свободе в поступках, самодостаточности и самостоятельности. Таким образом, можно предположить нивелирование данного внутриличного конфликта.

Шкала «ригидности», выявляет устойчивость интересов, стремление к опоре на собственный опыт, стеничность установок, чем объясняется ее прямая связь со шкалой «традиции», которая характеризуется значимостью для личности правил и обычаев, накопленных обществом. Шкала «жизнедеятельности», характеризуясь ценностью ощущения самого процесса любой деятельности, находится в прямой связи со шкалой «ригидности», оправдывая такие ее значения, как активность позиции, синтетический склад ума со склонностью к точным наукам и сферам знаний. Все вышеупомянутые характеристики включает в себя шкала «духовной удовлетворенности», оценивающая значимость научных идей, взглядов, народных традиций, обрядов и верований, что обуславливает ее связь со шкалой «ригидности».

Шкала «импульсивности» выявляет высокую поисковую активность, преобладание мотивации достижения, нетерпеливость, склонность к риску, высокий уровень притязаний. Имеющиеся прямые связи со шкалами «духовной удовлетворенности» и «традиции», с которыми так же наблюдается высокая теснота связи шкалы «ригидности»,

чи характеристики кардинально отличаются от значения шкалы «импульсивности», может свидетельствовать о наличии неразрешенных внутриличностных конфликтов.

Так же со шкалой «традиции», обнаруживает прямую связь шкала «индивидуалистичности», которая оценивает наличие у респондентов независимости взглядов, аналитического мышления и творческой ориентированности. Данная взаимосвязь носит противоречивый характер и может говорить о наличии неразрешенного внутриличностного конфликта.

Выводы:

1) Для большинства пациентов с расстройствами адаптации характерна положительная динамика оцениваемых показателей личностных черт, что выражается в росте жизненной активности, мотивации и экстравертированности.

2) Анализ результатов коэффициентов взаимосвязи личностных черт и личностных ценностей пациентов в момент поступления, кроме прочих корреляций, обнаруживает наличие тесной связи между желанием респондентов замкнуться в себе и их потребностью в принадлежности к обществу. Данный факт носит характер внутриличностного конфликта, который разрешается в ходе лечения в сторону выбора индивидуальности, в противовес социальности.

3) Анализ результатов коэффициентов взаимосвязи личностных черт и личностных ценностей пациентов в момент выписки, кроме прочих корреляций, демонстрирует несколько неразрешенных внутриличностных конфликтов. Один – между высокой поисковой активностью и мотивацией достижения, с одной стороны, и приверженностью правилам и традициям, с другой. Другой – между наличием независимых взглядов и творческой ориентированности, с одной стороны, и значимости для личности правил и обычаев, с другой.

Список литературы

1. Капцов А.В. Психологическая аксиометрия // Психологическая диагностика. – 2011. – №4. – С. 4-114.
2. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических методов статистики в медико-биологических исследованиях. - Л., 1973., с. 30-40.
3. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии.-СПб., 2002. с. 5-40.
4. Mann H. B., Whitney D. R. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. // Annals of Mathematical Statistics. — 1947. — № 18. — с. 50—60.

5. Wilcoxon F. Individual Comparisons by Ranking Methods. // Biometrics Bulletin 1. — 1945. — с. 80-83.

Благовещенская Ирина Васильевна – кандидат биологических наук, старший преподаватель Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра клинической психологии и социальной работы. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64., e-mail: iv.blago@mail.ru