

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Республики Татарстан
Российское общество психиатров
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского
Казанский государственный медицинский университет
Казанская государственная медицинская академия
Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева



XVI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ

Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы

23-26 сентября 2015



ТЕЗИСЫ [ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]

Санкт-Петербург
Издательский отдел ООО «Альта Астра»
2015

ISBN 978-5-905498-35-0

© РОП, 2015
© НИПНИ, 2015
© Коллектив авторов, 2015
© ООО «Альта Астра», оформление, 2015

СТРАХ КАЗАТЬСЯ ОБЪЕКТОМ НАСМЕШКИ И СОЦИОФОБИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Стефаненко Е.А., Григорьева И.В.,
Иванова Е.М., Ениколопов С.Н.

Москва
НЦПЗ РАМН

Изучение расстройств социального спектра у больных шизофренией является актуальным в связи с эмоциональными и мотивационно-личностными нарушениями, сопровождающими болезнь, заметно влияющими на качество социального функционирования таких пациентов. С другой стороны, стигматизирующий эффект постановки диагноза психического заболевания часто является причиной переживания чувства стыда и вины и в дальнейшем социальной изоляции таких пациентов (Кабанов М.М., 2001; Ениколопов С.Н. 2013; Veale D., 2003). Гелотофобия (страх казаться объектом насмешки) все больше привлекает внимание современных исследователей. Известно, что высокая выраженность гелотофобии может быть как у здоровых людей, так и у пациентов с различными психическими заболеваниями, однако, во втором случае ее распространенность заметно выше. В связи с этим, привлекательно изучение гелотофобии у больных психическими расстройствами, тем более что проблема верификации гелотофобии в системе психических расстройств до сих пор остается неясной (Titze M., 2009; Forabosco G., 2009; Ruch W., 2010; Stefanenko E., 2014). Изучение взаимосвязи гелотофобии и социофобии является одной из центральных и аргументированных линий зарубежных исследований гелотофобии. Однако подобные исследования отсутствуют в России.

Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи гелотофобии и социофобии у больных шизофренией.

Выборка. В исследовании приняли участие две группы испытуемых. В экспериментальную группу вошли 33 больных шизофренией: вялотекущей (12) и приступообразно-прогредиентной (21), (коды по МКБ-10: F21.3 – псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения, F 20.01 – параноидная шизофрения, эпизодический с нарастающим дефектом тип течения). Средний возраст 23 года (от 18 до 38), большинство из которых не замужем/не женаты (76%), среди них 22 мужчин и 11 женщин. Контрольную группу составили 248 человек (87 мужчин, 157 женщин), средний возраст 25 лет (от 18 до 53), большинство из которых были не замужем/не женаты (72%).

Методики. Для оценки социофобии использовались опросник социальной тревоги и социофобии (Сагалакова, Труевцев, 2012), Шкала страха негативной оценки (Watson, Friend, 1969), для оценки гелотофобии – опросник PhoPhiKat<30> (Ruch, Proyer, 2009).

Результаты. Оценка различий средних значений гелотофобии, социальной тревожности и страха негативной оценки в двух группах испытуемых показала значимо высокую степень гелотофобии ($p=0.01$) и страха негативной оценки ($p=0.0038$) в группе больных шизофренией, что соотносится с более ранними результатами отечественных и зарубежных исследований (Стефаненко Е.А. и др., 2014, Ruch W., Proyer R., 2012). Различий в выраженности социальной тревожности получено не было.

Корреляционный анализ связи изучаемых параметров с длительностью болезни, а также типом течения не продемонстрировал значимых результатов.

В группе больных шизофренией наблюдаются более сильные корреляции гелотофобии и социальной тревожности, гелотофобии и страха негативной оценки ($r=0.773$, $p=0.000$; $r=0.491$, $p=0.000$), чем в контрольной группе ($r=0.560$, $p=0.000$; $r=0.400$, $p=0.000$). Аналогичные результаты были получены в зарубежных исследованиях (Titze M., 2009; Carretero-Dios H. et al., 2010).

В обеих группах среди лиц с низкими значениями социальной тревожности практически все испытуемые (90% в экспериментальной и 10% в контрольной) характеризовались отсутствием гелотофобии. В контрольной группе лишь половина лиц (52,2%, 12 чел.) с высокой тревожностью превышают порог гелотофобии. В экспериментальной группе большинство испытуемых с высокой тревожностью имели выраженную гелотофобию (81,7%, 9 чел.). Похожая тенденция наблюдалась и для групп с высокими значениями страха негативной оценки. При высоких значениях страха негативной оценки в контрольной группе лишь 29,7%, в экспериментальной 50% лиц характеризовались выраженной гелотофобией. Таким образом, наблюдается более тесная связь гелотофобии и социальной тревожности, страха негативной оценки в экспериментальной группе.

Анализ распространенности социальной тревожности в группах с разной выраженностью гелотофобии показал, что в группе больных шизофренией с низкой гелотофобией все испытуемые характеризовались низкими значениями социальной тревожности (100%, 5 чел.). В группе здоровых людей большая часть людей имели низкие значения тревожности (62,2%, 28 чел), но далеко не все. При выраженной гелотофобии практически все испытуемые обеих групп имели высокие показатели социальной тревожности (в обеих группах >90% испытуемых). Различий гелотофобии, социальной тревожности, страха негативной оценки по межполовому признаку в каждой группе испытуемых получено не было, что подтверждается некоторыми более ранними исследованиями (Ruch, Proyer, 2009; Стефаненко, Иванова 2012).

Выводы. Гелотофобия, социальная тревожность и страх негативной оценки являются взаимосвязанными феноменами как в группе пациентов с шизофренией, так и в группе психически здоровых людей. Гелотофобия и страх негативной оценки являются более специфическими феноменами, выраженные значения которых чаще встречаются в клинических случаях. Социофобия является скорее необходимым, но не достаточным условием для возникновения гелотофобии как в клинической, так и контрольной группах. Однако существование гелотофобии в группе больных шизофренией происходит более сцеплено с социальной тревожностью и страхом негативной оценки, чем в контрольной, где они существуют более дифференцировано. Вероятно, такой результат связан с генерализованным характером психического процесса и слабой дифференцированностью эмоционально-личностной сферы таких пациентов. Результаты нуждаются в дальнейшей более фундаментальной статистической обработке, а также сравнительном анализе с экспериментальной группой испытуемых с диагнозом социофобии.

Исследование проведено при поддержке РГНФ проект №13-06-00024

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ У СТУДЕНТОВ

Стоянова И.Я., Шухлова Ю.А.

Томск
НИИПЗ, НИ ТГУ

Современная социокультурная ситуация в вузе требует высокой мобильности в освоении новой информации. Образовательная среда становится все более динамичной. В этих условиях молодым людям необходимы определенные психологические качества, определяющие стрессоустойчивость, для использования их в качестве ресурсов в процессе профессионального становления.

С целью выявления ресурсных составляющих личности проведено исследование, в котором приняли участие 76 студен-

тов факультета иностранных языков Томского национального исследовательского университета. Программа психодиагностики включала следующие методики: «Шкала базисных убеждений», разработанная Р. Янов-Бульман (ШБУ, в адаптации О. Кравцовой); Тест «Оценка оптимального выбора в конфликтной ситуации», (Щербаков, 2010); «Дифференциальная диагностика рефлексивности» (Леонтьев, 2011); «Опросник самоорганизации деятельности» (Мандрикова, 2010); «Шкала самодетерминации» (Осин, 2007). Полученные данные были занесены в электронную базу и обработаны с помощью факторного анализа. Использовалась программа Statistica 6.0. В результате выделены три группы, на достоверно значимом уровне отличающиеся в отношении ресурсов составляющих.

Первую группу составили студенты с высокой социальной направленностью. Они стремятся выстраивать благополучные взаимоотношения с обществом, нацелены на развитие межличностных отношений с помощью компромисса, сотрудничества. При этом в данной группе не выражено стремление к индивидуальному развитию и целенаправленному достижению поставленных целей, снижены волевые усилия при завершении начатой деятельности. Отмечается отсутствие планирования, недостаточное развитие системной рефлексии, которая способствует пониманию и анализу проблемных ситуаций. При возникновении стрессовых ситуаций эти студенты фиксированы на препятствии и стараются избежать нового опыта.

Вторая группа студентов склонна фиксировать происходящее и отслеживать все новые проблемные ситуации, однако они не способны организовывать свою деятельность, прибегать к помощи других людей. Выражены доверительные отношения к окружению, способность к рассмотрению ресурсов для преодоления стрессовых ситуаций. Они склонны к переживанию неуспеха изолированно, самостоятельно, анализируя негативный опыт. В процессе анализа проблемных ситуаций отмечается высокий самоконтроль и критичное отношение к происходящим событиям.

Для третьей группы студентов характерна выраженная «защитная» позиция. Они нацелены на формирование комфорта, избегают ситуации, требующие усилий и новых форм совладания. Отмечается невысокий уровень настойчивости при достижении цели, а также волевых усилий, направленных на овладение новыми знаниями. При этом сохраняется собственная позиция, студенты могут постоять за себя в конфликтных ситуациях. Их основным «оружием» является тактика язвительного ответа. Можно сказать, что их позиция направлена на сохранение внутреннего «стержня» и они стараются избегать стрессовых ситуаций, которые могут «пошатнуть» их внутреннюю гармонию.

Обобщая результаты исследования, можно сделать предположение, что студенты, сталкиваясь с проблемными ситуациями, разрешают их, опираясь на индивидуальный опыт преодоления. Поэтому программы психологического сопровождения должны базироваться на формировании стрессоустойчивости с учетом личностных проявлений.

СОЦИАЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ КАК ФАКТОР АДАПТИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Сурина А.Е.

*Иваново
ИвГМА*

Адаптация студентов к профессиональной деятельности в период обучения в медицинском вузе представляет собой сложный процесс, затрагивающий все личностные структуры и

имеющий сложную и неравномерную, нелинейную динамику. Мы полагаем, что смыслообразующим ядром этого процесса является социальная идентификация. По нашему мнению, здесь проявляются закономерности, выявленные Н.Л. Ивановой, а именно то, что в процессе профессиональной подготовки в период обучения происходит усиление «профессионально-делового» функционального блока идентификации, а также переход от нестабильной, диффузной, узко локализованной идентичности к более стабильной, осознанной, направленной на самореализацию в широком профессиональном сообществе идентичности, в сочетании с более высоким уровнем осознания своих профессиональных качеств. Этот процесс детерминируется комплексом социально-психологических и индивидуально-личностных факторов: креативностью, где особое место занимает такой ее структурный компонент, как способность к риску; направленностью на саморазвитие, профессиональный рост; осознанием требований социальной среды; самооценкой профессиональных и личностных качеств.

Под социальной идентичностью мы понимаем целостное образование, которое конструируется субъектом под влиянием необходимости выбора новых ориентиров в социальном пространстве. Социальная идентичность выполняет комплекс функций, связанных с ориентировкой в социальной среде, структурированием социального опыта, регулированием поведения, осмыслением и прогнозированием последствий группового членства.

На наш взгляд, феноменологически процесс социальной идентификации в условиях обучения в медицинском вузе выглядит следующим образом. Первоначально присутствующее смутное и фрагментарное представление о профессии и о людях, работающих в ней, постепенно наполняется конкретным содержанием, возрастает чувство принадлежности к профессии, происходит трансформация «Я-Они» в «Я-Мы» по отношению к профессии врача и к их профессиональной деятельности.

В качестве эмпирического индикатора нами использовалась методика «Двадцать утверждений» (M.N. Kuhn, T.S. McPartland), которая достаточно широко распространена в социально-психологических исследованиях идентичности. В результате кластеризации данных рассматриваются следующие идентификационные характеристики: полоролевая, возрастная, профессиональная, социально-статусная, семейная, этническая, гражданская, персональная, религиозная, локальная, экзистенциальная, учебная, групповая, политическая.

Мы полагаем, что на первом году обучения идентификационные основы имеют маргинальный характер, отражая изменения социального статуса при поступлении в вуз и в то же время опираясь на чувство принадлежности к семье. В данный период показатели возрастной идентификации представлены на четвертой позиции. В этом ряду профессиональной идентификации отведено несущественное место. То есть молодые люди еще не осознают свою принадлежность к врачебной среде.

Трудности первичного адаптационного периода связаны с особенностями идентификации личности в новом социальном окружении. При этом на 2-м курсе, наряду с развитием межличностных отношений, установлением тесных социальных связей в курсантских группах становятся актуальными сложности, связанные с учебным процессом (например, появление специфических, в корне отличных от содержания школьной программы, учебных предметов, характеризующихся значительным объемом и сложностью).

Тем не менее на достаточно высоком уровне представлена полоролевая идентификация. В этот период существенно снижается идентификация с семьей, с гражданской жизнью, что вполне объяснимо значительным временем, проведенным вне круга семьи. Чаще стали встречаться и позиции, характеризующие этническую принадлежность и патриотические тенденции.