

На правах рукописи
УДК: 159.9.07 : 616.892-053.89-05-07

Раевский Алексей Анатольевич

Структура психического состояния пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями (в связи с задачами психологической коррекции)

Специальность 19.00.04 – медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург
2013

Работа выполнена в отделе организации научных исследований, новых технологий и переподготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии и реабилитации ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения РФ.

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Соловьева Светлана Леонидовна
ведущий научный сотрудник отдела организации научных исследований, новых технологий и переподготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии и реабилитации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Научный консультант: кандидат медицинских наук
Залуцкая Наталья Михайловна
старший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
Никольская Ирина Михайловна
профессор кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова

кандидат психологических наук, доцент
Бочаров Виктор Викторович
руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «28» марта 2013 г. в 17.30 часов на заседании диссертационного совета Д 212.199.25 по защите докторских и кандидатских диссертаций Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, Наб. р. Мойки, д.48, корп. 11, ауд. 37.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 48, корпус 5.

Автореферат разослан «___» февраля 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент

Г.В. Семенова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы: При наличии многочисленных работ, исследовавших нарушения эмоциональной сферы у больных пожилого возраста, влияние тревожно-депрессивных переживаний на социальное функционирование пациентов, в частности, на межличностные отношения, на уровень социально-психологической адаптации остается недостаточно изученным.

Депрессивный тип реакции у стареющей личности является наиболее распространенным вариантом ответа на любые негативные явления как биологического, так и социально-психологического порядка (Татульян С.Е., Васильев С.В., Яворская В.В., Желтякова Ж.А., 2006; Alexopoulos G.S., Klausner E.J., 1999; Meeks T.W., Lanouette N. et al., 2009; Hooyman N.R., Kiyak A.H., 2011). На фоне естественного процесса старения происходят изменения в эмоциональной сфере пожилых людей, что проявляется в увеличении затяжных негативных эмоциональных реакций, снижается уровень когнитивного функционирования, происходит заострение характерологических черт, ухудшается способность к саморегуляции, в связи, с чем увеличивается степень конфликтности в межличностных взаимоотношениях (Августова Л.И., 2007, Духновская Л.Б., 2007, Васильев С.В., Татульян С.Е., 2007; Beekman A.T. et al., 1997; Wallace M.L. et al., 2011). Психосоциальные факторы, такие как выход на пенсию, потеря супруга, семейные конфликты, социальная невостребованность также влияют на возникновение и течение эмоциональных расстройств пожилого возраста (Яцемирская Р.С., 2002; Ермолаева М.В., 2002; Краснова О.В., Лидерс А.Г., 2003; Baldwin R.C., 2010; Payman V., 2011).

Особенностью протекания заболевания в пожилом возрасте является сочетанность соматических и психических изменений (Ершова С.К., 2001; Краева М.А., 2006; Незнанов Н.Г., 2008; Круглов Л.С., Мешандин И.А., 2011; Camus V. et al., 2004; Fure B., 2007; Paranthaman R., Burns A.S. et al., 2011). Н.М. Михайлова (1996) отмечала, что церебрально-сосудистые изменения у лиц старше 60 лет становятся причиной психических нарушений в 28,1% случаев. Современные авторы утверждают, что депрессии в пожилом возрасте могут быть обусловлены наличием органической патологии (Смулевич А.Б., 2007; Круглов Л.С. 2007; Незнанов Н.Г., 2011; Краснов В.Н., 2011; Vinkers D.J., van der Mast R.C., 2011; Viscogliosi G., Andreozzi P. et al., 2011). Депрессии, детерминированные соматической патологией, на ранних этапах проявляются повышением тревоги, мнительности, утомляемости, ипохондризацией, фиксацией на своем соматическом заболевании, нарушением сна и аппетита (Васильев С.В., Татульян С.Е., 2007; Wang L., Krishnan K.R. et al., 2008; Hegde K.K., Mast B.T. et al., 2011). Эмоциональное состояние характеризуется чувством угнетенности, аффективным напряжением, в поведении наблюдается повышенная суетливость, оттенок хаотичности и беспокойства (Незнанов Н.Г., Круглов Л.С., 2008).

Свойственная больным с органическим заболеванием головного мозга застойность эмоционального реагирования со склонностью фиксироваться на негативных эмоциях проявляется снижением объективности в оценке реальности, собственной личности, в межличностных взаимоотношениях. На фоне эмоциональных нарушений характерным является снижение чувствительности к нюансам межличностных отношений, что затрудняет адекватные коммуникации с социальным окружением, создает психологическую почву для многочисленных конфликтов. Таким образом, межличностные взаимоотношения пациентов, перегруженные эмоциональными переживаниями, искажающими картину мира, могут выступать в качестве «мишени» для психологической коррекции. В связи с этим требуется разработка и конкретизация направлений психологического воздействия, которое должно носить дифференцированный характер в зависимости от специфики эмоциональных переживаний, окрашивающих значимые отношения личности, с учетом всего комплекса биопсихосоциальных характеристик пациентов. Применение дифференцированных программ психологической коррекции позволит увеличить эффективность, как диагностики, так и психологической коррекции в системе комплексного лечебного воздействия на пациентов позднего возраста. В этой связи и была сформулирована цель исследования.

Цель исследования: Выявление структуры психического состояния в зависимости от комплекса биопсихосоциальных характеристик пациентов пожилого возраста с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями в связи с конкретизацией основных направлений психологической коррекции.

Реализация данной цели предполагала решение следующих задач:

1. Изучение клинико-психологических и психологических особенностей психического состояния пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство.
2. Исследование взаимосвязи клинико-психологических и психологических особенностей психического состояния со спецификой социального функционирования.
3. Выделение различных вариантов психического состояния в зависимости от комплекса биопсихосоциальных характеристик.
4. Разработка дифференцированных программ психологической коррекции в зависимости от выявленных особенностей психического состояния.

Объект исследования – пациенты пожилого возраста с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями.

Предмет исследования – структура психического состояния, особенности личности, межличностные отношения пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями.

Гипотеза исследования:

1. Выделяются различные варианты психических состояний лиц пожилого возраста, взаимосвязанные с соответствующими комплексами клинико-психологических и социально-психологических особенностей.

2. В зависимости от особенностей психического состояния пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями выделяются соответствующие методы психологической коррекции, направленные на редукцию патопсихологической симптоматики в структуре психического состояния, личности и межличностного функционирования.

Методологическую базу исследования составили: принцип системного подхода и методологического единства биологического и психосоциального в формировании психической патологии человека (Ананьев Б.Г.; Ломов Б.Ф.; Кабанов М.М.; Нуллер Ю.Л.; Воробьев В.М.; Вассерман Л.И.); принцип детерминизма, принцип единства сознания и деятельности (Рубинштейн С.Л.; Леонтьев А.Н.); принцип системного подхода (Ганзен В.А.).

Методы исследования: В ходе работы использовались клинико-психологические и психологические (тестовые) методы исследования. Клинико-психологическое исследование реализовывалось посредством беседы и наблюдения; применялось полуструктурированное интервью – беседа с пациентами по вопросам, вошедшим в оригинальную анкету (общие сведения, семейное и социальное положение, отношения в семье, с окружающими, повседневная активность). Также, в ходе исследования, анализировались клинические данные из истории болезни (данные из анамнеза, диагноз, сопутствующая органическая патология).

В процессе исследования применялись следующие тестовые методики:

1. Симптоматический опросник (SCL-90-R) (Тарабрина Н.В., 2001);
2. Опросник депрессии Бека (BDI) (Beck A.T. et al., 1961);
3. Интегративный тест тревожности (ИТТ) (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1997);
4. Рисуночный тест «Несуществующее животное», для выявления агрессивных тенденций (Габидулина С.Э., 1986);
5. Опросник для изучения копинг-поведения (E. Heim) (Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. и др., 1999);
6. Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) (Вассерман Л.И. с соавт., 2005);
7. Гиссенский личностный опросник (Голынкина Е.А. и др., 1993);
8. Методика «Незаконченные предложения» (Яньшин П.В., 2007).

Полученные результаты были обработаны с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 13.0 (SPSS inc., 2004), Statistica 6.0 (Statsoft, 1999) и Excel XP (Microsoft, 2003).

Положения, выносимые на защиту:

1. Пациентам с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство свойственны тревожно-депрессивные переживания, а также такие социально-психологические особенности, как подавленность, неудовлетворенность своими способностями к эффективному взаимодействию с окружающими, нарушения в защитно-компенсаторной сфере, увеличение конфликтности в социальных взаимоотношениях.
2. Психическое состояние пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство характеризуется депрессивными переживаниями в сочетании с широким диапазоном патопсихологических жалоб, такими личностными особенностями как необщительность, замкнутость, а также нарушениями в системе значимых отношений в сфере самовосприятия, которые взаимосвязаны с конфликтами в социальных взаимоотношениях. В психическом состоянии пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство доминируют тревожные переживания в сочетании с повышенным уровнем агрессивных тенденций. Социальные отношения характеризуются конфликтностью в межличностном взаимодействии.
3. Выделяются различные варианты психического состояния пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями в зависимости от уровня выраженности нарушений эмоциональной сферы, в соответствии с которыми конкретизируются соответствующие виды и формы психологической коррекции.
4. Психологическая коррекция должна включать воздействие не только на нарушения эмоционально-личностной сферы, но также на поведенческие особенности. Психологическая коррекция должна содержать дифференцированные когнитивные и поведенческие методики, а также социотерапевтические техники с целью повышения социально-психологической адаптации и нивелирования конфликтов в межличностных отношениях.

Научная новизна исследования: Установлено, что для пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство характерны такие общие черты, как наличие тревожно-депрессивных переживаний, неэффективная работа защитно-компенсаторной сферы, которые реализуются в повышении уровня межличностной конфликтности. Выявлено, что у пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство психическое состояние характеризуется депрессивными чертами с формированием необщительности, замкнутости, переживанием виновности, страхов и опасений, которые, в свою очередь, взаимосвязаны с тенденцией к ограничению контактов с социальным окружением.

Пациентам с органическим аффективным расстройством в психическом состоянии свойственно доминирование тревожных

переживаний с чертами враждебности взаимосвязанные с повышенной межличностной конфликтностью в микросоциальном окружении.

Теоретическая значимость заключается в исследовании роли нарушений эмоциональной сферы у лиц пожилого возраста в формировании комплекса клинико-психологических и социально-психологических проблем. Результаты, полученные в настоящем исследовании, дополняют теоретические представления о роли негативных эмоций в формировании межличностных и внутриличностных проблем пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями.

Практическая значимость исследования. Разработана комплексная программа психодиагностики, позволяющая выявлять специфику эмоционального состояния, внутриличностные и межличностные особенности пациентов позднего возраста с целью конкретизации направлений психологической коррекции. Разработана дифференцированная программа психологической коррекции направленная на специфику эмоционально-личностной сферы и на коррекцию поведенческих характеристик. Общими неспецифическими методами психологической коррекции являются предоставление эмоциональной поддержки, эмпатии с рациональным обоснованием целесообразности применения психологических техник. Целесообразно включение в программу средовых мероприятий в сочетании с проведение коммуникативного тренинга с целью формирования конструктивных навыков межличностного взаимодействия.

Апробация и внедрение результатов. Основные положения диссертации обсуждались в рамках: Всероссийской междисциплинарной конференции с международным участием «Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение» (Томск, 26-28 апреля 2011 г.), научно-практической конференции молодых ученых «Современный взгляд на проблемы психоневрологии XXI века» (Санкт-Петербург, 30 марта 2012 г.), научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины» (Волгоград, 11-14 апреля 2012 г.), XV Международной научно-практической конференции молодых ученых «Психология XXI века: проблемы и перспективы психологических исследований» (Санкт-Петербург, 26-28 апреля 2012 г.).

Достоверность научных результатов обеспечивается адекватным методологическим подходом, опирающимся на фундаментальные положения современной медицинской психологии, соответствием выбранных методов поставленным задачам, репрезентативностью экспериментальных выборок, корректным использованием методов статистической обработки полученных экспериментальных результатов.

Структура и объем диссертации: Диссертация изложена на 238 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материала, методологии и методов исследования, результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка

литературы из 289 источников (192 отечественных и 97 иностранных авторов) и приложений. Работа иллюстрирована 22 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность проблемы исследования, определяется цель, гипотезы, задачи, объект, предмет, характеризуются методологические основы исследования, раскрывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Теоретический анализ проблемы исследования психического состояния у пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями» представлен анализ эмпирических исследований отечественных и зарубежных авторов, посвященных изучению клинико-психологических и экспериментально-психологических особенностей пациентов пожилого возраста с органическими нарушениями головного мозга и депрессивными расстройствами.

Параграф 1.1 «Органические психические расстройства в пожилом возрасте». С возрастом увеличивается распространенность многих соматических заболеваний, что, в частности, относится к сердечно-сосудистой патологии, во многом предопределяющей развитие цереброваскулярных заболеваний (Круглов Л.С., Мешандин И.А., 2011). Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга – группа патологических состояний, развивающихся вследствие нарушений мозгового кровообращения разной этиологии и патогенеза (атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) (Штернберг Э.Я., 1977; Тиганов А.С., 1999; Краснов В.Н., 2011).

Параграф 1.2 «Психическое состояние как общепсихологическая категория». Наиболее полное определение было дано Н.Д. Левитовым (1964): «психическое состояние – это целостная характеристика психической деятельности за определённый период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности». Е.П. Ильин (2005) рассматривает состояния, которые развиваются у человека в процессе его общественно значимой деятельности и затрагивают как психологические, так и физиологические структуры человека. Психофизиологическое состояние – это целостная реакция личности на внешние и внутренние стимулы, направленная на достижение полезного результата. По современным данным психическое состояние – это отражение личностью ситуации в виде устойчивого целостного синдрома (совокупности) в динамике психической деятельности, выражающегося в единстве поведения и переживания в континууме времени (Прохоров А.О., 2011). Представлены функции и классификация психических состояний

(Левитов Н.Д., 1964; Анохин П.К., 1968; Сосновикова Е.Ю., 1975; Ганзен В.А., Юрченко В.А., 1984; Дикая Л.Г., 1984; Мясищев В.Н., 1996; Прохоров А.О., 2005). У различных групп психических состояний на передний план выходят разные параметры (эмоциональные, активационные, тонические или тензионные) (Куликов Л.В., 2000).

Параграф 1.3 «Особенности психологического развития в пожилом возрасте и личностные изменения на фоне сосудистых нарушений. Поздний возраст рассматривается как сложное биопсихосоциальное явление: возрастает уязвимость организма, изменяется социальный статус, на психологическом уровне происходит осознание актуальных изменений (Шаповаленко И.В., 2009). В концепции Э. Эриксона сущность психосоциального кризиса личности в пожилом возрасте – это достижение целостности Эго. Инволюционные и сосудистые процессы проявляются нарастанием ригидности, эгоцентризма, отмечаются огрубения личности, преобладание угрюмо-раздражительного настроения, недовольства и неприязненное отношение к окружающим, происходит заострение, а позднее – нивелировка индивидуальных особенностей личности (Урванцев Л.П., 1998; Яцемирская Р.С., 2002; Августова Л.И., 2007, Духновская Л.Б., 2007, Васильев С.В., Татульян С.Е., 2007). В пожилом возрасте увеличиваются показатели ипохондрии, депрессии и аффективной ригидности, что сказывается на увеличении с возрастом внимания к своему здоровью, некоторый пессимизм и свойственную пожилым людям нарастающую общую психическую ригидность (Цыцарева И.В., 1988).

Параграф 1.4 «Нарушения эмоциональной сферы в пожилом возрасте». Для пожилого возраста характерны специфические изменения в эмоциональной сфере: неконтролируемое усиление аффективных реакций, склонность к беспричинной грусти, слезливости. По мере старения возрастает количество соматических жалоб, нарастают тревожные и когнитивные нарушения, затрудняется разграничение непосредственно аффективных расстройств и особенностей депрессивных реакций на психосоциальные проблемы в данной возрастной группе, а также дифференциальная диагностика аффективных расстройств от начальных проявлений органической деменции сосудистого или атрофического генеза (Прудникова Ю.А., 2009; Fiske A., Gatz M., 2003). В этиологическом плане депрессии принято делить на: эндогенные, соматогенные (органические) и психогенные (реактивные). Современный этап развития науки предполагает рассматривать природу психических расстройств с точки зрения биопсихосоциальной парадигмы. Таким образом, при оказании помощи пожилым пациентам, страдающим соматопсихическими расстройствами, необходимо учитывать как биологические факторы возникновения заболевания, так и всю совокупность разнообразных психологических и психосоциальных факторов, оказывающих влияние на возникновение и течение заболевания. Депрессивное расстройство является одной из наиболее широко распространенных форм психических нарушений у лиц пожилого возраста, среди которых частота указанной патологии достигает 20%

(Дубницкая Э.Б., 2003; Незнанов Н.Г., 2010; Henderson A.S. et al., 1998). Нарушения эмоциональной сферы в старости часто связаны со стрессовыми и негативными событиями (Smyer M.A., Quails S.H., 1999; Wallace M.L. et al., 2011). Депрессивные расстройства неблагоприятно влияют на межличностные и семейные отношения (Довженко Т.В., 2008; Корнетов Н.А. и др., 2009).

В пожилом возрасте наиболее характерным признаком эмоциональных изменений является усиление черт тревожности (Тибилова А.У., 1990). Тревожность у пожилых людей характеризуется неуверенностью, мнительностью, мыслями о малоценности и ненужности, стремлением к самоанализу, сосредоточенностью на состоянии здоровья (Lenze E.J., Mohlman J. et al., 2005; Blank S., Mulsant V.H. et al., 2006).

Параграф 1.5. «Психическое состояние пожилых людей с сосудистыми заболеваниями». Среди пациентов пожилого возраста одним из ведущих соматических расстройств являются церебрально-сосудистые нарушения (Воробьева О.В., 2007). Эмоциональное состояние пожилых пациентов с органическим расстройством головного мозга характеризуется чувством угнетенности, аффективным напряжением, в поведении наблюдается повышенная суетливость, беспокойство (Незнанов Н.Г., Круглов Л.С., 2008). На фоне церебро-сосудистых нарушений в эмоциональной сфере пожилого человека могут отмечаться такие особенности как: эмоциональная неустойчивость, раздражительность, слезливость (Краснов В.Н., 2011).

В параграфе 1.6 «Психологическая коррекция и психотерапия в системе комплексной реабилитации пациентов позднего возраста» представлен анализ современных исследований в отношении применения методов психологической коррекции эмоциональных расстройств позднего возраста. При рассмотрении возможностей реабилитационных мероприятий для пожилых пациентов с коморбидными органическими и аффективными расстройствами, большинство исследователей указывают на важность комплексного подхода и эффективность комбинации медикаментозной терапии с психокоррекционными мероприятиями и психотерапией (Ялдыгина А.С., 2006; Perrez M., Baumann U., 2005). Поведенческие, когнитивно-поведенческие и интерперсональные методы психологической коррекции депрессии являются достаточно эффективными для работы с пожилыми людьми. Данные методы содержат скрытый психокоррекционный компонент – обучение клиента адаптивному поведению, выработку у него рациональных установок и механизмов управления собственным состоянием (Ермолаева М.В., 2007; Baldwin R.C., 2010; Alexopoulos G.S. et al., 2011).

Во второй главе **«Материалы и методы исследования»** описаны этапы, объект, методы, методологические принципы и материал исследования.

Параграф 2.1 «Объект, предмет и методологические принципы исследования». В качестве объекта исследования выступали пожилые пациенты с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и

органическое аффективное расстройство, проходившие стационарное лечение в отделении гериатрической психиатрии института им. В.М. Бехтерева и психиатрическом отделении психиатрической больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова. Выбор исследованных групп был обусловлен высокой частотной представленностью данных нозологических форм среди пациентов стационара, что отражает частоту депрессивных и сосудистых нарушений у пожилых людей в популяции в целом.

Критерии включения пациентов в исследование: пожилой возраст; нахождение на стационарном лечении; наличие депрессивного синдрома различной этиологии (эндогенный, органический, реактивный); отсутствие острой психотической симптоматики.

Критерии исключения пациентов: органические нарушения головного мозга атрофического и интоксикационного генеза; наличие психотической симптоматики (бред, галлюцинации, расстройства сознания); наличие гипоманиакальных и маниакальных симптомов; деменция.

В параграфе 2.2. «Методы исследования» представлено подробное описание применявшихся в исследовании диагностических методик.

Параграф 2.3 «Материал исследования». Всего обследовано 150 пациентов пожилого возраста. В исследовании принимали участие пациенты в возрасте от 57 до 83 лет. В соответствии с современной версией МКБ-10 были сформированы 2 группы пациентов:

1 группа – пациенты с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство – 55 человек, в том числе мужчин – 9 человек (16,36%), женщин – 46 человек (83,63%). Средний возраст в первой группе пациентов составил $M \pm m = 66,9 \pm 1,17$ лет;

2 группа – пациенты с диагнозом органическое аффективное расстройство – 95 человек, в том числе мужчин – 39 человек (41,05%), женщин – 56 человек (58,94%). Средний возраст во второй группе пациентов составил $M \pm m = 71,4 \pm 0,87$ лет.

Достоверных различий пациентов по возрасту не выявлено. Пациенты включались в исследования на третью неделю поступления на стационарное лечение, после того как был произведен сбор всех необходимых анализов, выставлен диагноз, назначено фармакологическое лечение, купированы острые состояния, когда врачи оценивали состояние пациента как близкое к нормотимии. Диагноз и квалификация соматического и психического здоровья испытуемых устанавливались врачами соответствующих специальностей (психиатр, невролог и т.д.).

На основании анализа клинико-психологических данных истории болезни производился учет наличия и распространенности сопутствующих соматических расстройств: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца (ИБС), церебрально-сосудистые нарушения.

В таблице 1 представлены социально-демографические показатели пациентов исследованных групп (уровень образования, семейное положение, наличие детей).

Таблица 1.

Социально-демографические показатели

Уровень образования, семейное положение, наличие детей	1 группа		2 группа	
	N	%	N	%
1. Среднее образование	9	16,3	26	27,3
2. Среднее специальное образование	15	27,2	17	17,9
3. Неоконченное высшее образование	0	0	3	3,1
4. Высшее образование	31	56,3	49	51,5
5. Семейное положение: холост	5	9	14	14,7
6. Семейное положение: в разводе	12	21,8	9	9,4
7. Семейное положение: вдова (вдовец)	15	27,2	26	27,3
8. Семейное положение: женат (замужем)	23	41,8	46	48,4
9. Наличие детей: да	44	80	83	87,3
10. Наличие детей: отсутствуют	11	20	12	12,6

Как следует из таблицы 1 пациенты с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство по основным социально-демографическим параметрам соответствуют друг другу, достоверных различий не выявлено.

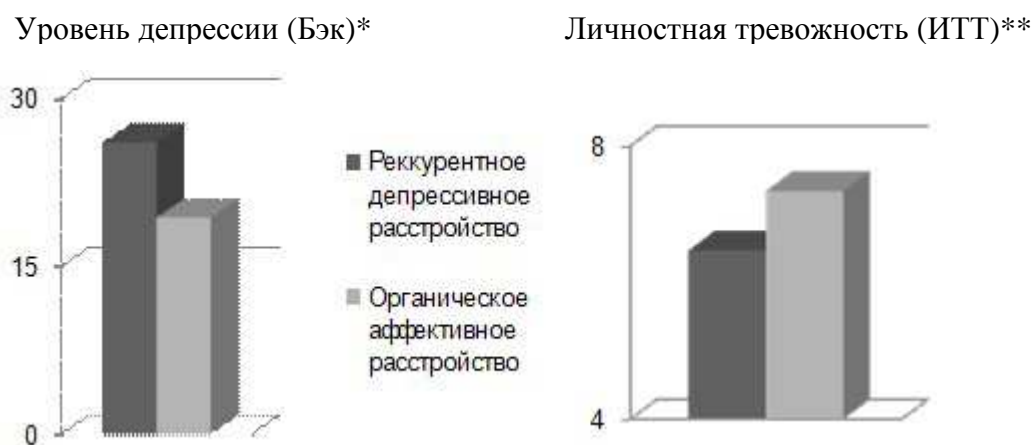
Третья глава. «Эмпирическое исследование структуры психического состояния пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями».

Параграф 3.1 «Сравнительная характеристика клинико-психологических показателей пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство». На основании анализа данных истории болезни выявлен достоверно более высокий показатель распространенности ИБС ($p < 0,001$) и сосудистых заболеваний головного мозга ($p < 0,001$) в группе пациентов с органическим аффективным расстройством. Выявлен достоверно более высокий показатель наличия нарушений в повседневной активности ($p < 0,01$) у пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. Анализ данных полученных по средствам полуструктурированного интервью показал, что пациенты обеих групп достоверно различались по характеру нарушений «взаимопонимания в семье ($p < 0,001$) и с друзьями» ($p < 0,001$). В группе пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство ведущим нарушением в сфере «взаимопонимание в семье» (29,09%) и «взаимопонимание с друзьями» (30,9%) являлось: «отсутствие

взаимопонимания». В группе пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство ведущими нарушениями в сфере «взаимопонимание в семье» (30,52% и 26,31%) и «взаимопонимание с друзьями» (24,21% и 25,26%) выступали: «частые / кратковременные ссоры».

Параграф 3.2 «Сравнительная характеристика психологических показателей пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство». У пациентов обеих групп по данным методики SCL-90 следующие шкалы превысили нормативный показатель: «соматизация», «депрессивность», «тревожность», «нарушения сна и аппетита». Выявлены достоверно более высокие показатели по шкалам «фобическая тревожность» ($p < 0,05$), «паранойальность» ($p < 0,05$), «психотизм» ($p < 0,05$) у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством. По данным Гиссенского личностного опросника были выявлены следующие общие черты пациентов исследуемых групп (достоверные различия между группами по данным шкалам отсутствовали): пациенты отмечали неудовлетворенность своими способностями к эффективному взаимодействию с окружением; участники оценивали себя как людей зависимых, педантичных, со склонностью к подавленному настроению, рефлексии и самокритичности. Обнаружены достоверно более высокие показатели по шкале «открытости/замкнутости» ($p < 0,05$), а также по шкале «социальных способностей» ($p < 0,05$) в группе пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. Таким образом, пациентам данной группы оказались свойственны такие черты как замкнутость, недоверчивость, необщительность.

По данным методик Бэка и ИТТ выявлен высокий уровень тревожно-депрессивных переживаний в обеих исследуемых группах (рис. 1).



* Выявлено достоверное различие на уровне ($p < 0,05$)

** Выявлено достоверное различие на уровне ($p < 0,01$)

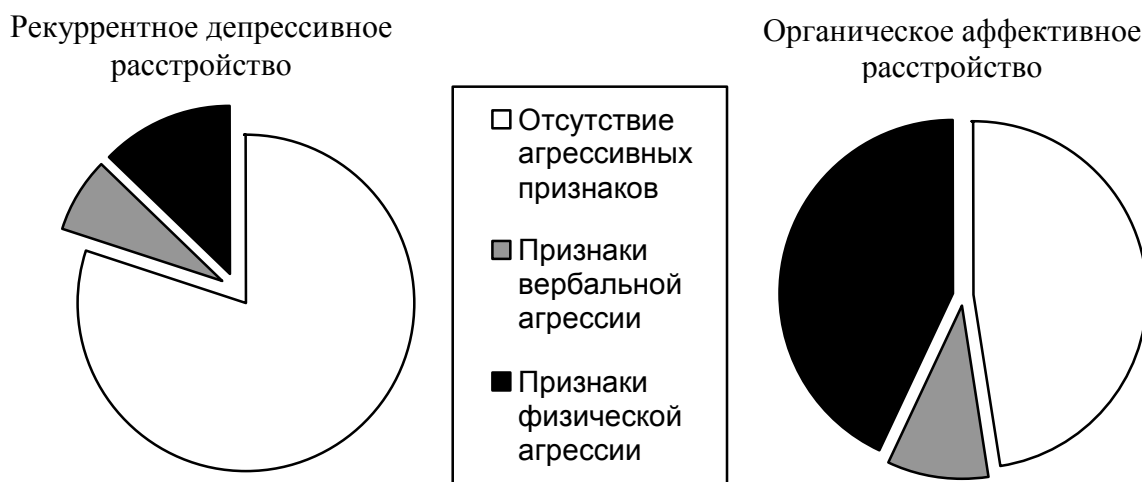
Рисунок 1. Результаты исследования уровня выраженности депрессивных переживаний и личностной тревожности

Выявлен достоверно более высокий уровень депрессивных переживаний ($p < 0,05$) в группе пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. Достоверно более высокий уровень личностной

тревожности ($p < 0,01$) выявлен у пациентов с органическим аффективным расстройством.

«Реактивное образование» являлось ведущим механизмом психологической защиты у пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство ($M \pm m = 91,65 \pm 1,82$ и $94,06 \pm 1,52$, при норме до 70 стэн). Выявлены высокие показатели по шкалам «регрессия» ($73,32 \pm 3,48$), «отрицание» ($73,83 \pm 3,30$), «компенсация» ($70,27 \pm 3,69$) в группе пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством. Повышенными оказались показатели шкал «отрицание» ($81,04 \pm 2,16$), «вытеснение» ($73,36 \pm 2,50$) и «компенсация» ($77,21 \pm 2,29$) в группе пациентов с органическим аффективным расстройством. Было обнаружено достоверное различие по механизму «интеллектуализации» ($p < 0,05$) и «отрицания» ($p < 0,05$), которые были выше в группе пациентов с органическим аффективным расстройством.

По данным методики Хайме на когнитивном и эмоциональном уровне испытуемые обеих выборок преимущественно использовали неадаптивные копинг-стратегии, на поведенческом уровне – преимущественно адаптивные и относительно-адаптивные копинг-стратегии. По результатам проективного теста «несуществующее животное» был выявлен достоверно ($p < 0,001$) более высокий показатель наличия агрессивных тенденций в группе пациентов с органическим аффективным расстройством (Рис. 2).



В методике «Незаконченные предложения» было выявлено увеличение конфликтности в системе значимых отношений пациентов, преимущественно в сфере самовосприятия (сознание вины, страхи и опасения). Выявлен достоверно более широкий диапазон нарушений в сфере самовосприятия: отношение к себе ($p < 0,01$) и отношение к будущему ($p < 0,05$) в группе пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. Достоверно более высокие показатели нарушений в межличностной сфере: отношения к семье ($p < 0,05$) и отношение к друзьям и знакомым ($p < 0,01$) отмечены у пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство.

Параграф 3.3 «Исследование взаимосвязи клинико-психологических и психологических показателей со спецификой социального функционирования в группе пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство». Выявлен высокий коэффициент корреляции показателя «социальные отношения» (взаимопонимание в семье и с друзьями) с показателем депрессии методики Бэка ($r=0,69$; $p<0,001$; $r=0,47$; $p<0,01$), с показателем депрессии методики SCL-90 ($r=0,50$; $p<0,01$; $r=0,41$; $p<0,01$), а также такими показателями как: замкнутость (Гиссенский личностный опросник (ГЛО) – 5 шкала) ($r=0,57$; $p<0,001$; $r=0,40$; $p<0,01$), подавленность (ГЛО – 4 шкала) ($r=0,42$; $p<0,01$; $r=0,26$; $p<0,05$), необщительность (ГЛО – 6 шкала) ($r=0,47$; $p<0,001$ $r=0,35$; $p<0,05$), снижение уровня повседневной активности ($r=0,45$; $p<0,01$; $r=0,30$; $p<0,05$). Таким образом, в данной нозологической группе депрессивные нарушения взаимосвязаны со спецификой социальной конфликтности.

Вместе с тем выявлена положительная взаимосвязь показателя «социальные отношения» с показателем личностной тревожности методики ИТТ ($r=0,30$; $p<0,05$; $r=0,24$; $p<0,05$), с показателем методики SCL-90 – «психотизм» ($r=0,33$; $p<0,05$; $r=0,50$; $p<0,001$), с показателями методики «Незаконченные предложения»: отношение к себе ($r=0,35$; $p<0,01$; $r=0,41$; $p<0,01$); страхи и опасения ($r=0,40$; $p<0,01$; $r=0,25$; $p<0,05$); сознание вины ($r=0,51$; $p<0,001$; $r=0,30$; $p<0,05$).

Параграф 3.4 «Исследование взаимосвязи клинико-психологических и психологических показателей со спецификой социального функционирования в группе пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство». Выявлен высокий коэффициент корреляции показателя «социальные отношения» с показателем личностной тревожности методики ИТТ ($r=0,61$; $p<0,001$; $r=0,47$; $p<0,01$), показателем «тревожность» методики SCL-90 ($r=0,50$; $p<0,01$; $r=0,39$; $p<0,01$) и показателем ситуативной тревожности методики ИТТ ($r=0,40$; $p<0,01$; $r=0,26$; $p<0,05$), с показателем «враждебность» (SCL-90) ($r=0,47$; $p<0,01$; $r=0,40$; $p<0,01$), с показателем агрессивности методики Несуществующее животное ($r=0,54$; $p<0,001$; $r=0,48$; $p<0,001$), а также показателем наличия сопутствующей соматической отягощенности (сосудистые заболевания головного мозга) ($r=0,45$; $p<0,01$; $r=0,34$; $p<0,05$). Таким образом, в данной нозологической группе тревожные нарушения и черты враждебности взаимосвязаны со спецификой социальной конфликтности.

Выявлена положительная взаимосвязь показателя «социальные отношения» с показателем депрессии методики Бэка ($r=0,37$; $p<0,01$; $r=0,25$; $p<0,05$), с показателями Гиссенского личностного опросника: шкала контроля (шкала 3) ($r=0,42$; $p<0,01$; $r=0,34$; $p<0,05$); шкала преобладающего настроения (шкала 4) ($r=0,47$; $p<0,001$; $r=0,29$; $p<0,05$).

Параграф 3.5 «Выявление групп-кластеров пациентов, отличающихся определенным профилем выраженности нарушений в эмоциональной сфере». Была использована процедура кластерного анализа

по методу k-средних. В основу процедуры анализа легли переменные шкал методики SCL-90, методики Бэка, методики ИТТ.

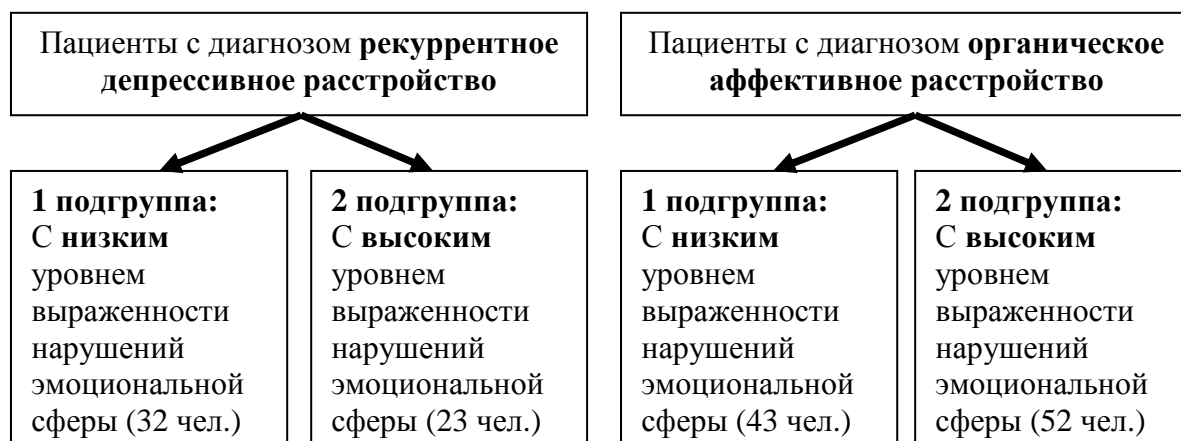


Рисунок 3. Результаты кластерного анализа по методу k-средних

В обеих исследуемых группах пациентов в результате анализа были выделены 2 кластера, которые организовались вокруг показателя степени выраженности нарушений эмоциональной сферы (рис. 3).

В результате кластерного анализа исходная выборка пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство разделилась на 2 подгруппы: 1 подгруппа – пациенты с низким уровнем выраженности нарушений в эмоциональной сфере (32 пациента); 2 подгруппа – пациенты с высоким уровнем выраженности нарушений в эмоциональной сфере (23 пациента).

Исходная выборка пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство разделилась также на 2 подгруппы: 1 подгруппа – пациенты с низким уровнем выраженности нарушений в эмоциональной сфере (43 пациента); 2 подгруппа – пациенты с высоким уровнем выраженности нарушений в эмоциональной сфере (52 пациента).

Параграф 3.5.1 «Сравнительная характеристика клинико-психологических и психологических показателей пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство с низким и высоким уровнем выраженности нарушений в эмоциональной сфере». На основании анализа истории болезни у пациентов 2 кластера выявлен достоверно более высокий показатель наличия церебрально-васкулярных нарушений по сравнению с пациентами 1 кластера ($p < 0,001$). В группе пациентов 1 кластера нарушения в сфере «взаимопонимания в семье и с друзьями» проявлялись преимущественно «кратковременными ссорами», в группе пациентов 2 кластера нарушения в сфере «взаимопонимания в семье и с друзьями» проявлялись преимущественно «отсутствием взаимопонимания» ($p < 0,01$). Достоверно более высокие показатели по шкале повседневная активность ($p < 0,001$) выявлены у пациентов 2 кластера.

По результатам методики SCL-90 в группе пациентов 2 кластера отмечены достоверно более высокие показатели шкал: «обсессивность-

компульсивность» ($p < 0,01$), «межличностная тревожность» ($p < 0,05$), «депрессивность» ($p < 0,001$), «тревожность» ($p < 0,01$), «фобическая тревожность» ($p < 0,05$), «психотизм» ($p < 0,05$). В свою очередь для пациентов 1 кластера свойственен более узкий диапазон симптоматических жалоб: «депрессивность», «межличностная тревожность», «тревожность».

По данным Гиссенского личностного опросника выявлены достоверные различия по шкалам «преобладающее настроение» ($p < 0,001$), «открытость/замкнутость» ($p < 0,05$) и «социальные способности» ($p < 0,01$) между пациентами 1 и 2 кластера. Таким образом, пациентам 2 кластера были свойственны такие черты как подавленность, необщительность, замкнутость. Для пациентов 1 кластера были свойственны такие черты как общительность, доверчивость, открытость.

По результатам методики рисунок несуществующего животного выявлен низкий уровень агрессивных тенденций в обеих подгруппах. Достоверные различия отсутствовали.

В методике незаконченные предложения в обеих подгруппах испытуемых отмечался высокий коэффициент дисгармоничности, а также нарушения в системе значимых отношений в сфере самовосприятия (сознание вины, страхи и опасения). Пациенты 2 кластера имели достоверно более широкий диапазон нарушений в системе значимых отношений в сфере самовосприятия: отношение к себе ($p < 0,05$), отношение к будущему ($p < 0,01$).

В методике «Индекс жизненного стиля» отсутствовали достоверные различия между пациентами в зависимости от степени выраженности нарушений эмоциональной сферы. В обеих подгруппах отмечалась сверхинтенсивная работа психологических защитных механизмов: реактивное образование, отрицание, регрессия. При анализе показателей методики Хайме выявлено, что для пациентов 1 кластера было свойственно использовать преимущественно адаптивные и относительно-адаптивные копинг-стратегии: сохранение самообладания ($p < 0,01$), обращение ($p < 0,001$), оптимизм ($p < 0,05$), отвлечение ($p < 0,01$), пассивная кооперация ($p < 0,05$). Для пациентов 2 кластера было характерно чаще пациентов 1 кластера использовать неадаптивные и относительно-адаптивные копинг-стратегии: отступление ($p < 0,001$), игнорирование ($p < 0,001$), покорность ($p < 0,001$), смирение ($p < 0,01$), растерянность ($p < 0,01$).

Параграф 3.5.2 «Сравнительная характеристика клинико-психологических и психологических показателей пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство с низким и высоким уровнем выраженности нарушений в эмоциональной сфере». В соответствии с результатами анализа клинико-психологических показателей истории болезни был выявлен достоверно более высокий показатель распространенности церебрально-сосудистых нарушений у пациентов 2 кластера по сравнению с пациентами 1 кластера ($p < 0,001$). Нарушения во «взаимопонимании в семье и с друзьями» отмечались у пациентов 1 и 2 кластера. Выявлены достоверно более высокие показатели нарушений в сфере «взаимопонимания в семье и с друзьями» ($p < 0,01$), проявлявшиеся

преимущественно «частыми и кратковременными ссорами» в группе пациентов 1 кластера. В группе пациентов 2 кластера доминировал показатель «кратковременные и периодические ссоры с членами семьи и друзьями». У пациентов 2 кластера отмечались более высокие показатели по шкале повседневная активность по сравнению с пациентами 1 кластера ($p < 0,001$), то есть им были свойственны более выраженные признаки утомляемости.

По результатам методики SCL-90 выявлены достоверно более высокие показатели шкал: «соматизация» ($p < 0,001$), «обсессивность-компульсивность» ($p < 0,01$), «межличностная тревожность» ($p < 0,001$), «депрессивность» ($p < 0,001$), «тревожность» ($p < 0,001$) в группе пациентов 2 кластера. Пациентам 1 кластера был свойственен более узкий диапазон симптоматических жалоб: «депрессивность», «тревожность». Достоверно более высокие показатели шкалы «враждебность» ($p < 0,05$) были выявлены в группе пациентов 1 кластера.

По данным Гиссенского личностного опросника отмечались достоверные различия по шкалам «преобладающего настроения» ($p < 0,01$), «социальных способностей» ($p < 0,05$) между пациентами 1 и 2 кластера. Таким образом, пациентам 2 кластера были свойственны такие черты как подавленность, необщительность. Для пациентов 1 кластера были свойственны такие черты как общительность, доверчивость.

По результатам методики рисунок несуществующего животного был выявлен высокий уровень агрессивных тенденций в обеих подгруппах. Выявлен достоверно более высокий показатель наличия агрессивных тенденций у пациентов 1 кластера, по сравнению с пациентами 2 кластера ($p < 0,01$).

Анализ данных методики незаконченные предложения показал, что у пациентов 1 кластера выявлены достоверно более высокие показатели конфликтности в системе значимых отношений в межличностной сфере: отношение к друзьям и знакомым ($p < 0,001$), отношение к семье ($p < 0,001$), отношение к подчиненным ($p < 0,001$), отношение к вышестоящим ($p < 0,01$). Выявлены нарушения в системе значимых отношений в сфере самовосприятия у пациентов 2 кластера: сознание вины ($p < 0,01$), страхи и опасения ($p < 0,001$).

В методике «Индекс жизненного стиля» в обеих подгруппах отмечалась сверхинтенсивная работа психологических защитных механизмов: «реактивное образование», «отрицание». Выявлено увеличение напряженности работы психологических защитных механизмов «реактивное образование» ($p < 0,01$) и «вытеснение» ($p < 0,05$) у пациентов 2 кластера по сравнению с пациентами 1 кластера. При анализе показателей методики Хайме у пациентов 1 кластера выявлено, что данные пациенты преимущественно использовали адаптивные копинг-стратегии: сотрудничество ($p < 0,001$), обращение ($p < 0,01$), сохранение самообладания ($p < 0,001$), оптимизм ($p < 0,001$). Пациенты 2 кластера чаще пациентов 1 кластера использовали неадаптивные и относительно адаптивные копинг-

стратегии: смирение ($p < 0,001$), самообвинение ($p < 0,01$), растерянность ($p < 0,001$), компенсация ($p < 0,01$).

В параграфе 3.6 представлены дифференцированные мишени психологической коррекции для пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и органическое аффективное расстройство.

I. Общие мишени психологической коррекции: 1) тревожно-депрессивные переживания, личностные особенности (подавленность, склонность к избыточному контролю, неудовлетворенность своими способностями к эффективному взаимодействию с окружающими); 2) конфликтность в социальных взаимоотношениях и снижение повседневной активности.

II. Мишени психологической коррекции для пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство: 1) в структуре тревожно-депрессивного синдрома акцентируются депрессивные переживания; 2) черты подавленности, отстраненности, необщительности, замкнутости.

III. Мишени психологической коррекции для пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство: 1) в структуре тревожно-депрессивного синдрома акцентируются тревожные переживания; 2) конфликтность в межличностных отношениях, агрессивные тенденции.

IV. Дифференцированные мишени психологической коррекции для пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. У пациентов с низким уровнем выраженности нарушений эмоциональной сферы выявлены следующие мишени психологической коррекции: 1) подавленность, чувство одиночества, межличностная тревожность; 2) нарушения в системе значимых отношений в сфере самовосприятия (осознание виновности, страхи и опасения).

В группе пациентов с высоким уровнем выраженности нарушений эмоциональной сферы выявлены такие мишени как: 1) нарушения социальных связей (отсутствие взаимопонимания в семье и с друзьями); 2) снижение повседневной активности; 3) личностные особенности (замкнутость, изолированность, необщительность); 4) нарушения в защитно-компенсаторной сфере.

V. Дифференцированные мишени психологической коррекции для пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство. В группе пациентов с низким уровнем выраженности нарушений эмоциональной сферы представлены следующие мишени: 1) тревожные переживания, черты неуверенности, мнительности, стремление к самоупрекам; 2) межличностная конфликтность, черты враждебности; 3) нарушения в системе значимых отношений в межличностной сфере.

У пациентов с высоким уровнем выраженности нарушений эмоциональной сферы выявлены такие мишени как: 1) снижение повседневной активности; 2) черты раздражительности, эмоциональное напряжение; 3) личностные особенности (подавленность, необщительность); 4) нарушения в защитно-компенсаторной сфере.

Выявленные мишени психологической коррекции в исследованных группах пациентов предоставили возможность разработать дифференцированные программы психологической коррекции.

Четвертая глава. «Дифференцированные программы психологической коррекции». В качестве **общих техник** психологической коррекции рекомендуется: предоставление эмоциональной поддержки с элементами рационального воздействия, в сочетании со средовыми мероприятиями (терапия средой).

Для пациентов с диагнозом **рекуррентное депрессивное расстройство** в связи с наличием депрессивных переживаний, а также чертами необщительности, замкнутости рекомендуется проведение психологической коррекции в рамках когнитивного направления, в сочетании с техниками, направленными на коррекцию поведенческих особенностей с целью восстановления утраченных в процессе болезни коммуникативных навыков.

Пациентам с диагнозом **органическое аффективное расстройство** рекомендуется проведение психологической коррекции поведенческого направления, в сочетании с когнитивными техниками (самонаблюдение и самоинструирование), а также техниками, направленными на формирование конструктивных коммуникативных навыков.

Пациентам с **рекуррентным депрессивным расстройством**, с менее выраженными нарушениями эмоциональной сферы, техники психологической коррекции должны включать элементы когнитивной терапии, направленные на работу с такими категориями, как осознание виновности, страхи и опасения, межличностная тревожность. Важным является включение в программу группового социально-психологического тренинга.

Для пациентов с выраженными нарушениями эмоциональной сферы характерны такие черты как подавленность, необщительность, замкнутость, использование неадаптивных копинг-стратегий, нарушение контактов с социальным окружением, в связи с чем психологическое воздействие должно оказываться в системе комплексной терапии, в сочетании с групповыми поддерживающими занятиями. Целесообразно проведение семейного консультирования, с целью формирования у пациентов навыков самоуправления своим состоянием, а родственников с целью обучения конструктивным способам взаимодействия с пожилым психически больным человеком.

Пациентам с **органическим аффективным расстройством**, с менее выраженными нарушениями эмоциональной сферы свойственны такие черты как эмоциональная напряженность, агрессивные тенденции, конфликтность в межличностном взаимодействии, в связи с чем, данным пациентам рекомендуется проведение психологической коррекции поведенческого направления. С целью коррекции нарушенных коммуникативных навыков, а также обучения пациентов конструктивным способам взаимодействия, данной группе пациентов рекомендуется проведение групповых арт-терапевтических занятий, в сочетании с групповым тренингом

интерперсонального взаимодействия.

Пациентам с выраженными нарушениями эмоциональной сферы свойственны черты подавленности, раздражительности, нарушения в защитно-компенсаторной сфере. Данной группе пациентов показано применение интегративной модели терапии с учетом рекомендаций врачей. С целью активизации пациентов, вовлечения их в социальные отношения рекомендуется применение терапии средой. Также рекомендуется проведение семейного консультирования с целью формирования у пациентов навыков распознавания и обучения самоуправлению своим состоянием, а родственников с целью обучения конструктивному способу взаимодействия с пожилым больным человеком.

В заключении работы проводится обобщение результатов проведенного исследования, формулируются выводы, показывающие, что полученные результаты подтверждают выдвинутые гипотезы.

ВЫВОДЫ

1. Тревожно-депрессивные переживания со склонностью к соматизации, нарушения сна и аппетита характеризуют актуальное психическое состояние пациентов обеих исследуемых групп. На психологическом уровне больным свойственны переживания подавленности, неуспешности, неудовлетворенности своими коммуникативными способностями, а также нарушения в защитно-компенсаторной сфере, проявляющиеся сверхинтенсивной работой психологических защитных механизмов и использованием неадаптивных копинг-стратегий. На социально-психологическом уровне выявлена тенденция к увеличению конфликтности межличностного взаимодействия и ограничению контактов с социальным окружением.

2. Высокий уровень депрессивных переживаний в сочетании с широким диапазоном патопсихологической симптоматики, характерен для пациентов с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство. На психологическом уровне больным свойственны черты необщительности, замкнутости, осознание виновности, наличие страхов и опасений, пессимистическое отношение к будущему. Психологические и патопсихологические черты, в свою очередь, взаимосвязаны с дисгармоничностью в социальных отношениях.

3. Высокий уровень тревожных переживаний свойственен пациентам с диагнозом органическое аффективное расстройство. На психологическом уровне пациентам свойственны такие личностные особенности, как общительность, экстравертированность в сочетании с доминированием черт враждебности и повышенным уровнем агрессивных тенденций, взаимосвязанные с конфликтностью в микросоциальном окружении.

4. Пациентам с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство с менее выраженными нарушениями эмоциональной сферы свойственны черты подавленности, осознания виновности. Данным пациентам свойственны более

гармоничные отношения в микросоциальном окружении, они используют преимущественно адаптивные копинг-стратегии. Для пациентов с выраженными нарушениями в эмоциональной сфере характерно снижение повседневной активности в сочетании с чертами подавленности, замкнутости, необщительности. Пациентам свойственны использование преимущественно неадаптивных копинг-стратегий и напряженность работы защитных механизмов, а также нарушения контактов с социальным окружением, проявляющиеся нарушением во взаимопонимании с семьей и друзьями.

5. Эмоциональная напряженность, высокий уровень агрессивных тенденций, конфликтность в межличностном взаимодействии с членами семьи и среди друзей характерны для подгруппы пациентов с диагнозом органическое аффективное расстройство с низким уровнем нарушений в эмоциональной сфере. Пациентам с высоким уровнем нарушений в эмоциональной сфере свойственны черты утомляемости в сочетании с подавленностью, необщительностью, раздражительностью, осознанием виновности, наличием страхов и опасений, а также значительными нарушениями в защитно-компенсаторной сфере проявляющимися сверхинтенсивной работой защитных механизмов и использованием неадаптивных копинг-стратегий.

6. Для пациентов обеих исследованных групп в качестве общих методов психологической коррекции рекомендуются предоставление эмоциональной поддержки с элементами рационального воздействия, а также терапия средой. Пациентам с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство рекомендуется проведение психокоррекционных сессий в рамках когнитивного направления, в сочетании с проведением коммуникативного тренинга, направленного на восстановление утраченных в процессе болезни коммуникативных навыков. Пациентам с диагнозом органическое аффективное расстройство показано проведение психокоррекционных сессий поведенческого направления, в сочетании с коммуникативным тренингом, направленным на преодоление черт враждебности, а также обучение приемам адаптивного поведения.

7. Пациентам с диагнозом рекуррентное депрессивное расстройство и менее выраженными нарушениями в эмоциональной сфере рекомендуется проведение психокоррекционных сессий когнитивного направления, в сочетании с проведением социально-психологического тренинга, направленного на улучшение коммуникативных навыков. Для пациентов с выраженными эмоциональными нарушениями рекомендуется проведение групповых поддерживающих мероприятий в сочетании с семейным консультированием. Пациентам с диагнозом органическое аффективное расстройство и менее выраженными эмоциональными нарушениями рекомендуется проведение психокоррекционных сессий поведенческого направления в сочетании с арт-терапевтическими занятиями и тренингом интерперсонального взаимодействия. Пациентам с выраженными эмоциональными нарушениями рекомендуется применение терапии средой, а также сессий семейного консультирования.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. Раевский, А.А. Влияние аффективной составляющей психического состояния пожилых пациентов на их социальное функционирование / А.А. Раевский // *Российский психиатрический журнал*. – 2011. – № 6. – С. 71-74. (0,35 п.л.)
2. Раевский, А.А. Дифференцированные программы психологической коррекции для пожилых пациентов с органическим расстройством головного мозга / А.А. Раевский // *Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Серия Педагогические науки*. – 2012. – №. 5 (69). – С. 147-150. (0,33 п.л.)
3. Раевский, А.А. Специфика психического состояния у больных депрессивными расстройствами позднего возраста / А.А. Раевский // *Российский психотерапевтический журнал*. – СПб: Изд-во Скифия-принт, 2012. – № 1-2 (2-3). – С. 51-53. (0,3 п.л.)
4. Раевский, А.А. Эмоциональный компонент в структуре психического состояния пожилого человека / А.А. Раевский // *Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение: Материалы Всероссийской междисциплинарной конференции с международным участием / Под науч. ред. проф. Н.А. Корнетова*. – Томск: Иван Федоров, 2011. – С. 42-46. (0,26 п.л.)
5. Раевский, А.А. К вопросу о разработке дифференцированных программ психотерапии пациентов геронтопсихиатрического профиля / А.А. Раевский // *XV съезд психиатров России: материалы съезда / Под ред. проф. В.Н. Краснова*. – М., 2010. – С. 176. (0,06 п.л.)
6. Раевский, А.А. Разработка программ психологической коррекции для пациентов геронтопсихиатрического отделения / А.А. Раевский // *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием / Под ред. академика РАМН В.И. Петрова*. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. – С. 561-562. (0,18 п.л.)
7. Раевский, А.А. Структура психического состояния пациентов геронтопсихиатрического отделения / А.А. Раевский // *Психология XXI века: проблемы и перспективы психологических исследований: Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых / Под науч. ред. Р.А. Березовской*. – СПб.: Издат-во С.-Петербур. ун-та, 2012. – С. 172-174. (0,125 п.л.)
8. Раевский, А.А. Мишени психологической коррекции для пациентов геронтопсихиатрического отделения / А.А. Раевский // *Современный взгляд на проблемы психоневрологии XXI века: сборник тезисов научно-практической конференции молодых ученых / под ред. Д.В. Захарова и А.Н. Чомского*. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – С. 57-58. (0,07 п.л.)