

від глибоких стадій до більш поверхневих, що призводило до збільшення кількості сегментів та переходів від стадії до стадії, до зменшення тривалості δ -сну та різкого скорочення фази парадоксального сну. Однак за обсягом зменшення кількості завершених циклів сну та ступенем вираженості їх «деформації» (кількість та розподіл сегментів за стадіями сну) хворі мали певні відмінності в залежності від генезу енцефалопатії.

В основі перелічених серйозних змін організації церебрального електрогенезу під час нічного сну хворих на енцефалопатію лежать нестабільність функціонування структур мозку, що забезпечують підтримку стадій сну, та порушення роботи інтегративних механізмів, відповідальних за перехід від стадії до стадії та за регуляції сну в цілому, що несприятливим чином відбивається на циклічності ритму сну — неспання. Виявлена наявність певної залежності між ступенем вираженості змін у структурі нічного сну та генезом енцефалопатії пов'язана з відмінностями як у механізмах впливу тригерів (гіпертензія, атеросклероз, інфекція, черепно-мозкова травма) енцефалопатії на фізіологічний стан та функціонування тих або інших структур мозку, так і на ступінь залученості цих структур до процесів регуляції сну.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

Новиков А. С.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермский государственный национальный исследовательский университет», Березниковский филиал (г. Березники, Пермский край, Россия)

ИЗМЕРЕНИЕ ПЕРЕЖИВАЕМОЙ САМООЦЕНКИ (ИПС)

Одним из центральных принципов доказательной медицины является принцип объективной оценки эффекта. Соблюдение этого принципа в клинике пограничной психиатрии, когда эффект терапевтического воздействия проявляется преимущественно в форме субъективных переживаемых (и не всегда осознаваемых) изменений, становится чрезвычайно сложной задачей. В частности измерение самооценки как одной из фундаментальных переменных, определяющих личностный статус, остаётся актуальной проблемой психодиагностики. Сегодня диагностический арсенал клинического психолога включает инструменты измерения самооценки двух основных классов: самоотчёты и проективные техники. Оба класса имеют «врождённые» неустойчивые пороки. Самоотчёты жёстко привязаны к определённому языковому и культурному образцу (образцу их составителя) и не всегда могут быть адекватны смысловому миру испытуемого. Кроме того, они, как правило, достаточно «прозрачны» и неминуемо вызывают существенные мотивационные искажения результата. Проективные техники, лишённые этих недостатков, имеют свои, не менее неприятные. Главный из них — принципиальная невалидируемость, существенная зависимость результата от профессионального опыта и личностных особенностей диагноста.

Перспективным, но до сей поры маловостребованным в практике, является класс диагностических инструментов, использующих психосемантические закономерности и реконструирующих индивидуальную смысловую структуру личностного мира испытуемого. Эти инструменты диагностики сочетают лучшие качества психометрических тестов (объективность, интерперсональность) с тонкостью и информативностью клинических методов. К этому классу принадлежит тест «ИПС».

Среди предшественников методики «Измерение переживаемой самооценки» (ИПС) можно назвать «Тест Лиу» (J. Liggett, 1959) и методику «Косвенное измерение системы самооценок» (КИСС) Е. О. Федотовой. Принципиальное отличие ИПС от предшественников заключается в полном отказе от использования механизмов проекции и замене на психосемантические приемы, что исключает теоретическую неопределенность интерпретации полученного результата.

В основу предлагаемого метода измерения самооценки положен следующий принцип: Заключение о переживаемой самооценке испытуемого по определённому конструкту выводится из того, насколько в его (испытуемого) описании себя он похож на людей, по его же мнению, обладающих и не обладающих этим качеством (или обладающих им в разной степени). Технологической основой является анализ матрицы оценочных суждений, заимствованный из метода репертуарных

решеток Дж. Келли. Формат тезисов не дает возможности подробного описания устройства диагностического инструмента, процедуры измерения и интерпретации результатов.

Результаты постэкспериментального интервью показали, что испытуемые в процессе заполнения методики не выявляли (не прочитывали) измеряемую переменную. Это дает право считать ИПС хорошо защищенной от фальсификации и пригодной для применения в ситуации экспертизы.

Будучи впервые описан в 1993 г., ИПС долгое время имел статус исследовательской методики, но после проверки психометрических свойств может претендовать и на статус пользуетельской.

УДК 616.89-008.441.3

М. О. Овчаренко, І. К. Сосін, Т. М. Радченко, Л. Л. Пінський
ДЗ «Луганський державний медичний університет»,
Харківська академія післядипломної освіти

ПІДСУМКИ ПРОВЕДЕННЯ ДВОЕТАПНОГО ПСИХОКОРИГУЮЧОГО КУРСУ У ПІДЛІТКІВ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ЇХ СПРОМОЖНОСТІ ЩОДО ПРИЙНЯТТЯ КОНСТРУКТИВНИХ РІШЕНЬ В СТРЕСОВІ СИТУАЦІЇ

Метою дослідження була оцінка впливу запропонованої психокоригуючої методики на спроможність до прийняття конструктивних рішень в стресових ситуаціях у підлітків у віці 13—14 років різної статі.

Після річного спостереження в основній групі залишилося 119 підлітків (62 чоловіки та 57 дівчат) та в групі порівняння 135 (69 чоловіків та 66 дівчат) та їм було проведено контрольне психологічне обстеження із визначенням впливу запропонованого та стандартного психокоригуючого супроводу. Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою пакету статистичних програм «STATISTICA 8.0.» Statsoft Inc. (USA).

До складу розробленого нами алгоритму верифікації спроможності підлітків до прийняття конструктивного рішення в стресові ситуації (СПКР), були включені варіанти поведінкових реакцій підлітків в стресових ситуаціях, актуальних для їх віку, зокрема: визнання значущості особистості підлітка в колективі, сімейне благополуччя, любов, матеріальний статок, відчуття власної та безпеки близьких людей, власного та здоров'я рідних, тощо.

У кожній з цих ситуацій були змодельовані варіанти відповідей, які характеризують схильність підлітка до неконструктивного реагування на стресову ситуацію (унікнення від діяльності, агресія, злість, відчай, та ін.) або конструктивного варіанту (раціоналізація, компроміс, пошук рішення та ін.). В результаті запропонованого тестування у кожного обстеженого підлітка обчислювалось 10 складових СПКР та його сумарний показник.

Під час аналізу рівня СПКР в основній ($n = 181$) та групі порівняння ($n = 246$) до початку психокоригуючих методів нами встановлено, що вірогідних відмінностей між ними не було ($40,2 \pm 0,5$ балів; $40,5 \pm 0,4$ балів відповідно; $P < 0,661$ за Mann-Whitney). Також, нами були порівняні рівні СПКР в двох групах, окремо у хлопчиків та дівчаток. Під час порівняння показників цих двох підгруп в основній та групі порівняння вірогідних відмінностей також не було встановлено ($P < 0,814$; $P < 0,647$ за Mann-Whitney відповідно).

Після проведення стандартних психопрофілактичних заходів у підлітків групи порівняння ($n = 246$) та моніторингу їх психологічного стану протягом року ($n = 135$), встановлено, що при повторному визначенні СПКР має місце вірогідне зниження його рівня з $40,5 \pm 0,4$ балів до $35,8 \pm 0,5$ балів ($P < 0,001$ за Wilcoxon).

При використанні стандартних методів психокорекції у осіб підліткового віку протягом року встановлено динамічне зниження рівня СПКР в загальній групі з $40,5 \pm 0,4$ балів до $35,8 \pm 0,5$ балів ($P < 0,001$ за Mann-Whitney). Така ж динаміка має місце в підгрупі хлопців ($40,3 \pm 0,6$ балів; $36,0 \pm 0,7$ балів відповідно; $P < 0,001$ за Mann-Whitney) та дівчат ($40,7 \pm 0,5$ балів; $35,6 \pm 0,6$ балів відповідно; $P < 0,001$ за Mann-Whitney).

Під час проведення запропонованої системи групових та індивідуальних психокоригуючих тренінгів осіб підліткового віку протягом року був встановлений попереджувачий ефект вікового зниження рівня СПКР в основній групі ($40,2 \pm 0,5$ балів; $40,3 \pm 0,4$ балів відповідно; $P < 0,550$ за Mann-Whitney), в підгрупі хлопців ($40,1 \pm 0,8$ балів; $39,8 \pm 0,5$ балів відповідно; $P < 0,426$ за Mann-Whitney) та дівчат ($40,3 \pm 0,7$ балів; $40,9 \pm 0,6$ балів відповідно; $P < 0,837$ за Mann-Whitney).