

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса управления и психологии»
Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ
РАБОТА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Выполнил: Никитина Яна Владимировна

Научный руководитель: к.п.н., доцент, Суворова Наталия Владимировна



Красноярск 2017

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 68 с., источников 10, приложений 2.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цель данной работы состоит в том, чтобы изучить психологические особенности личности с сахарным диабетом.

Предмет исследования – психологические особенности личности с сахарным диабетом.

Теория и методология исследования - основными методами являлись:

1. Анкета информированности населения по вопросам диабета.
2. Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л. Д. Малковой.
3. Симптоматический опросник самочувствия (СОС).
4. Опросник «Определение нервно-психического напряжения» Т. Немчин.
5. Диагностика состояния стресса К. Шрайнер.
6. Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Жмиров.
7. Мотивы символдрамы.
8. Патопсихологическое исследование.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
I. Исследования медицинских и психологических аспектов проблем связанных с сахарным диабетом.....	7
II. Общие положения психологической помощи лицам с психосоматическими расстройствами	19
III. Описание и результаты эмпирического исследования личности, страдающей сахарным диабетом	29
Заключение.....	42
Список использованной литературы	44
Приложение 1	46
Приложение 2.....	66

Введение

В данной работе обсуждаются некоторые вопросы связанные с причинами, течением и последствиями сахарного диабета, а также описаны основы психотерапии при психосоматических заболеваниях.

Сахарный диабет - одна из наиболее серьезных проблем современной мировой медицины, что связано с огромной распространенностью заболевания (более 120 млн. человек в мире), а так же с самой ранней инвалидацией больных и высокой их смертностью (третье место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований).

Сахарный диабет - это эндокринно-обменное заболевание, в основе которого лежит абсолютная или относительная инсулиновая недостаточность. При сахарном диабете нарушается углеводный, жировой и другие виды обмена веществ. В основе симптомов лежит состояние гипергликемии, отсюда определение “сахарный” /от латинского “mellitus” - медовый, сладкий/. Содержание сахара в крови является одним из диагностических критериев сахарного диабета /составляет натощак больше 120 мг %/. Когда гликемия превышает определенный предел /160-180 мг %/, появляется глюкозурия /выделение сахара с мочой/. В результате этого возникает полиурия, ведущая к обезвоживанию организма. Больные выпивают за сутки 3-5 литров, а иногда более 8-10 литров жидкости и столько же теряют с мочой. Отсюда происходит название “диабет” /от греческого “диабаио”- прохожу сквозь/.

Сахарный диабет известен человечеству с глубокой древности и первое клиническое описание заболевания проведено египетскими врачами за 1500 лет до н. э. Сахарный диабет был известен в Индии, Китае, Древней Греции и Италии. Так в известной работе врача Сусрата (400 лет до н.э.) приведено не только клиническое описание болезни, но и различные клинические формы течения диабета. Средняя продолжительность жизни больных с момента заболевания не превышала 5 лет. После открытия и выделения канадскими

учеными Фредериком Грантом Бантигом и Чарлзом Бестом гормона инсулина /Нобелевская премия по физиологии и медицине за 1923 г./, а также создания других современных методов лечения средней продолжительностью жизни больных сахарным диабетом, при условии правильного лечения и соблюдения специального режима, почти не отличается от этого показателя в популяции в целом.

Однако сахарный диабет продолжает оставаться тяжелым заболеванием. Особенно страшны тяжелые последствия для сосудистой системы, зрения, почек. Болезнь сердца и инсульты у больных сахарным диабетом бывают в 2-3 раза чаще, слепота в 10 раз чаще, гангрена и ампутация ног в 20 раз чаще, чем в популяции в целом. Высокий уровень содержания сахара в крови может привести /по данным психиатров и психологов/ к психическим нарушениям, астенической симптоматике, к высокой утомляемости и внутренней напряженности. Больные сахарным диабетом становятся раздражительными, тревожными и ранимыми.

К настоящему времени большинство специалистов придают важное значение психогенным факторам в клинике сахарного диабета.

Поэтому, чтобы облегчить состояние лиц, страдающих сахарным диабетом и научить их жить со своей болезнью необходимо участие не только медиков, но и психологов. В этой связи актуальными становятся те исследования, которые разрабатывают и внедряют методы психокоррекции в клинику сахарного диабета, чтобы помочь больным лучше воспринимать себя со своим недугом, адекватно осознавать свое состояние и владеть своими эмоциями, чтобы быстрее достичь компенсации.

Гипотеза: психологические особенности личности у больных сахарным диабетом имеют свою отличительную специфику проявлений.

Цель данной работы состоит в том, чтобы изучить психологические особенности личности с сахарным диабетом.

Чтобы доказать нашу гипотезу, нам необходимо выполнить ряд задач:

1. Анализ литературных данных по намеченной проблеме исследования.

2. Выбор методик исследования.

3. Организация и проведение патопсихологического исследования при сахарном диабете.

4. Разработка рекомендаций.

Объект исследования – психологическая специфика сахарного диабета.

Предмет исследования – психологические особенности личности с сахарным диабетом.

Теория и методология исследования - основными методами являлись:

1.Анкета информированности населения по вопросам диабета.

2.Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л. Д. Малковой.

3.Симптоматический опросник самочувствия (СОС).

4.Опросник «Определение нервно–психического напряжения» Т. Немчин.

5.Диагностика состояния стресса К. Шрайнер.

6.Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Жмиров.

7.Мотивы символдрамы.

8.Патопсихологическое исследование.

Теоретическая или практическая значимость работы - значимость работы показывает следующее, что при изучении психологических особенностей личности у больных сахарным диабетом, можно достигнуть положительного эффекта на процесс течения заболевания, на самочувствие, психическое состояние пациента, и на общий стрессовый фон.

Использованная выборка и место проведения исследования – пациент, страдающий сахарным диабетом.

Структура работы - пациент заполняет анкету, проходит строго по инструкции предоставленные ему тесты, затем проводится методика

символдрама - мотив цветок. Далее подсчитываются баллы тестов, описываются результаты анкеты и методики символдрама. Также пациенту проводится патопсихологическое исследование. В заключении описываются общие полученные результаты и даются дальнейшие рекомендации пациенту.

I. Исследования медицинских и психологических аспектов проблем связанных с сахарным диабетом

1.1. Медицинские аспекты проблемы сахарного диабета

Сахарный диабет — это хроническое заболевание, характеризующееся нарушением метаболизма макроэргических соединений, особенно глюкозы и жиров. По традиции, диагноз диабета основывается на доказательстве нарушения толерантности к глюкозе. Совокупность нозологических форм, называемых сахарным диабетом, связана с общим нарушением толерантности к глюкозе и потенциальной возможностью развития осложнений в результате изменения обмена глюкозы и липидов. Согласно классификации ВОЗ, различают два основных типа сахарного диабета: инсулинов зависимый (1 тип) и инсулинов независимый (2 тип). [9]

Какое влияние оказывает генетика на сахарный диабет 1 и 2 типа? Взаимосвязь между генетическими факторами и влиянием окружающей среды при диабете является сложной и пока еще недостаточно понятной. Что касается инсулинов зависимого диабета I типа, то совокупный риск для сибсов от больных диабетом составляет 6-10% против 0,6% в общей популяции. Что касается влияния родительских генов, то потомство от женщин с диабетом I типа имеет меньший риск заболевания (2,1%), чем потомство от мужчин, больных диабетом I типа (6,1%). Причина этого несоответствия неизвестна. Монозиготные близнецы имеют 20-50%-ную конкордантность по диабету I типа. Восприимчивость к диабету I типа связана с генетической экспрессией определенных протеинов, кодируемыми НЬА участком основного комплекса гистосовместимости. Эти протеины имеются на поверхности лимфоцитов и макрофагов, и считается, что они важны для инициирования аутоиммунной деструкции р-клеток. Несмотря на то, что неизвестны все генетические маркеры (НЬА и другие) при диабете I типа, будущий прогресс в этой

области позволит производить массовое обследование населения для выявления генетически обусловленной восприимчивости к диабету.

Ну, а повышение заболеваемости (инсулиннезависимым) диабетом II типа среди членов семьи предполагает наличие четкого генетического компонента при этом заболевании. У монозиготных близнецов отмечают 60-90%-ную конкордантность при диабете II типа. Совокупный риск заболевания диабетом II типа среди сибсов от больных диабетом родителей составляет 10-33% против % в общей популяции. У потомства от женщин, больных диабетом II типа, отмечают в два-три раза больший риск развития диабета, чем у потомства от мужчин с этим заболеванием. Точный тип наследования для диабета II типа неизвестен, но считают, что он является полигенным. У небольшого процента больных были установлены специфические мутации, которые кодируют диабет II типа. Тем не менее, для большинства больных специфический ген еще не определен. Взаимосвязь между окружающей средой и наследственностью можно обнаружить по более высоким уровням инсулина натощак в каждой весовой категории у потомства от двух родителей, страдающих диабетом II типа, по сравнению с контрольными группами. Высокое содержание инсулина является маркером резистентности к инсулину, прогностическим признаком прогрессирования и перехода к диабету II типа. [7]

Патогенез сахарного диабета. При диабете I типа важнейшей стадией патогенеза является активация Т-лимфоцитов против специфических антигенов, имеющихся на р-клетках больного. Эти активированные Т-клетки содействуют медленной деструкции р-клеток путем пополнения пула Т- и В-лимфоцитов, макрофагов и цитокинов. Морфологическое изучение поджелудочных желез детей, умерших при остром дебюте диабета, выявило воспалительный инфильтрат из мононуклеарных клеток, не выходящий за пределы островков — так называемый инсулит. В конечном итоге на протяжении ряда лет наступает полная деструкция р-клеток. Обнаружение в сыворотке крови ребенка высокого титра ауто-антител к инсулоцитам

является прогностическим признаком прогрессирования диабета I типа. Различные антигены, экспрессируемые (3-клеткой, вовлекаются как мишени для аутоиммунной атаки. Такие антигены включают как сам инсулин, так и протеин молекулярной массы 64 килодальтона (в настоящее время известный как декарбоксилаза глютаминовой кислоты, или ДГК). Пусковой фактор для активации Т-клеток против этих аутоантигенов неизвестен, но возможно участие в этом процессе факторов окружающей среды, которые идентичны аутоантигену по антигенному составу. Т-клетки, активированные против этого антигена из окружающей среды, могут затем перекрестно реагировать с антигеном на поверхности р-клеток — этот процесс называется молекулярной мимикрией. Что касается диабета I типа, то возможными активаторами из окружающей среды являются вирусы, токсины и продукты питания. Например, предполагают, что употребление коровьего молока в первые 6 недель жизни играет определенную роль в развитии диабета I типа у генетически предрасположенных к нему детей. Вирусы могут инициировать диабет I типа через молекулярную мимикрию или путем прямого изменения р-клеток, вызывающих аномальную экспрессию аутоантигенов, или посредством прямой деструкции р-клеток.

Патогенез сахарного диабета II типа неясен, но, по-видимому, он является многофакторным. Самым ранним дефектом, который можно обнаружить, является резистентность к инсулину, проявляющаяся повышенным уровнем инсулина в плазме крови — или натощак, или после перорального или внутривенного теста на толерантность к глюкозе. Этую аномалию можно наблюдать еще в позднем подростковом возрасте, и она может предшествовать развитию диабета одно или два десятилетия. На этой ранней стадии резистентность к инсулину очевидна, даже если нет ожирения. Проспективные исследования указывают, что наследование признака резистентности к инсулину является облигатным, но недостаточным для развития диабета. Диабет не развивается у генетически предрасположенных к нему людей, если они поддерживают вес тела, близкий к идеальному.

Заболевают обычно только генетически предрасположенные к диабету люди, страдающие ожирением. Ожирение, особенно ожирение тулowiща, связано с резистентностью к инсулину и, как считают, предъявляет повышенные требования. [1]

Что касается людей, генетически предрасположенных к диабету II типа, то Р-клетки по существу способны компенсировать резистентность к инсулину. Однако с годами Р-клетки теряют эту способность. Этот случай недостаточности функции Р-клеток встречается часто, когда ставят клинический диагноз диабета. Процесс перехода от резистентности к инсулину к недостаточности Р-клеток четко прослеживается у людей. Подобным образом можно прогнозировать сахарный диабет II типа, воспроизведенный на животных, который прогрессирует, проходя через различные стадии резистентности к инсулину и инсулиновой недостаточности. [3]

1.2. Проблемы психогенеза сахарного диабета

Причины возникновения сахарного диабета - предмет широкого обсуждения. Сахарный диабет часто появляется при наследственной предрасположенности по системе лейкоцитарных антигенов (возможность развития сахарного диабета первого типа у людей с такими антигенами в три раза выше, чем у людей без этих антигенов). При наследственной предрасположенности выше риск развития сахарного диабета в результате инфекционного заболевания (кори, свинки, краснухи – у перенёсших краснуху частота сахарного диабета достигает 40%). Другие патогенные факторы – это избыточная масса тела (особенно в сочетании с физической активности), беременность, травмы, хирургические операции, заболевания печени, алкоголизм, некоторые лекарственные препараты, разрушающие инсулин или препятствующие его действию (гормональные препараты, психотропные вещества и др.). [10]

Большинство исследователей приходит к выводу, что сахарный диабет имеет полифакторный механизм возникновения. Среди многих патологических факторов особое значение имеет психический стресс. Частота психогенного фактора при манифистации диабета по данным разных авторов колеблется от 1% до 53,2%. Значительную роль психическим факторам в происхождении и развитии сахарного диабета отводили такие известные ученые и клиницисты прошлого столетия, как Т. Willis, В. Neunyn, К. Бернар, Г. Захарын.

В литературе есть много примеров, когда психогенный диабет возникал вслед за эмоциональным стрессом. Иногда инициальные диабетические симптомы появляются в ближайшие часы после психотравмы, иногда происходит накапливание /кумуляция/ психических стрессов - длительные трудноразрешимые конфликтные ситуации с постоянным тревожным ожиданием, уход за тяжело больными близкими людьми с ожиданием летального исхода заболевания, тревожные ожидания изменения привычного стиля и ритма жизни, постоянная настороженность и предельная собранность на работе и др. [2]

Психический стресс можно рассматривать как провоцирующий фактор. Как показал Г.Селье, стрессор возбуждает гипоталамус, в результате чего продуцируется вещество, давшее сигнал гипофизу выделять в кровь адренокортикопротонный гормон /АКТГ/; под влиянием АКТГ внешняя корковая часть надпочечников выделяет кортикоиды; это приводит к продуцированию сахара как легкодоступного источника энергии. За утилизацию сахара в организме человека отвечает гормон инсулин. В период стресса в кровь вбрасывается более десятка гормонов, антагонистов инсулина /АКТГ/; соматотропный гормон, стимулирующий выработку глюкагона и подавляющий некоторые процессы, стимулируемые инсулином; адреналин, поступающий в кровь при сильных эмоциональных реакциях - страхе, гневе, ярости – из мозгового слоя надпочечников и резко повышающий содержание глюкозы в крови; норадреналин, хотя мало, но все

же способствующий повышению сахара в крови; из коры надпочечников выделяются глюкокортикоиды - кортикостерон, гидрокортизон /кортизол/, кортизон; поджелудочная железа выделяет глюкагон. Если инсулин один не может справиться с противостоящим ему стрессовым фоном, может произойти угнетение клеток поджелудочной железы, производящих инсулин. Таков возможный психогенный механизм возникновения 1 типа сахарного диабета.

Особое место занимает вопрос о связи преморбидных особенностей личности с возникновением сахарного диабета, а так же о влиянии социально-психологических факторов на развитие осложнений сахарного диабета. [6]

На связь возникновения сахарного диабета с преморбидными особенностями личности указывают многие исследователи, проводившие обследования на больших популяциях испытуемых при помощи различных психологических методик /уровень агрессивности Розенцвейга, MMP1, тест Роршаха, ТАТ и др./. Другие авторы на основании тех же методов приходят к выводу о неспецифичности преморбидных особенностей личности. Далее эти особенности личности больных сахарным диабетом будут рассмотрены более подробно.

Интересное исследование причин роста числа случаев сахарного диабета было проведено группой японских исследователей под руководством Т.Маиунага. Они пришли к выводу, что среди больных сахарным диабетом преобладает тип руководителя /условно тип Д/. Это согласуется с данными других исследователей, которые отмечают, что сахарный диабет преобладает у административно-хозяйственных работников.

Этот же патологический фактор отрицательно сказывается на развитии осложнений сахарного диабета. Наибольшее число осложнений выявлено у административно-хозяйственных работников среди лиц, занимающих материально ответственные должности или несущих ответственность за безопасность людей, а так же у лиц умственного труда, связанным с

мобилизацией внимания, сосредоточенностью, напряжением, но, чаще встречаются осложнения сахарного диабета у лиц, принимающих активное участие в общественной жизни. Отрицательно сказываются существование конфликтов на работе и высокая психоэмоциональная напряженность.

Что касается наличия семейных конфликтов, то они достоверно чаще встречаются у женщин с осложнениями сахарного диабета. У мужчин существенного различия по данному "фактору не обнаружено". То же самое относится к продолжительной семейной неудовлетворенности, длительному эмоциональному напряжению в семье, которые достоверно коррелируют с осложнениями сахарного диабета у женщин, а у мужчин существенного значения не имеют /там же/.[7]

1.3. Психологические особенности личности больных сахарным диабетом

Вопросам эмоционально-личностных особенностей больных сахарным диабетом уделяется много внимания в специальной психиатрической литературе и в изданиях по эндокринологии. Есть такие работы, посвященные патопсихологическим аспектам сахарного диабета.

Психиатрами отмечается, что у всех больных сахарным диабетом в той или иной степени наблюдаются психические нарушения. Психические изменения при сахарном диабете тесно связаны со степенью тяжести заболевания и уровнем компенсации сахарного диабета. [4]

Доминирующим психопатологическим синдромом при сахарном диабете является астенический, основные симптомы которого - повышенная ранимость, обидчивость, слезливость, быстрая утомляемость, раздражительность, колебание настроения (от глубокого недовольства собой, вялости до состояния эйфории, экзальтации с переоценкой своих способностей, многоречивостью, пренебрежительным отношением к себе и лечению).

В литературе выделяется несколько синдромов астенического ряда, наблюдавшихся у лиц, страдающих сахарным диабетом. Вид синдрома связан с периодом сахарного диабета, отражающим прогредиентный характер заболевания. На начальной стадии заболевания наблюдаются астено-невротический и собственно астенический синдромы, на более отдалённой стадии - астено-дистемический синдром, а на заключительной стадии заболевания, для которой характерно обеднение психики и мнестические-интеллектуальное снижение, наблюдаются астено-апатический и астено-адинамический синдромы. [8]

Наиболее широко распространен среди больных сахарным диабетом астено-невротический синдром. Для него характерные симптомы: Эмоциональная лабильность с готовностью к реакциям раздражения по любому поводу; Утомляемость, усталость ощущается к концу рабочего дня, после отдыха чаще всего проходит; Головные боли нестойкого характера; Изменения памяти, повышенная забывчивость, связанная с рассеянным вниманием.

Если заболеванию предшествовал острый эмоциональный стресс, часто развиваются симптомы астенического синдрома. При случайном выявлении сахарного диабета чаще всего наблюдается астено-невротический синдром с акцентированием явлений раздражительности.

Особое значение приобретает дифференциация астено-невротического синдрома при сахарном диабете от собственно неврозов. В отличии от неврозов в случае астено-невротического синдрома нет типичного истерического, "жажды признания", завышенных притязаний личности. Нет также стойких обсессивных проявлений.

В отличии от неврастении при астено-невротическом синдроме отсутствуют конфликты несоответствия возможностей и средств личности с требованиями ее к себе, согласующимися с реальными условиями. Для больных сахарным диабетом более выражена податливость к психотерапии.

Астено-невротический синдром при сахарном диабете как правило имеет следующую динамику: все большее доминирование собственно астенических изменений с появлением вялости; эмоциональная лабильность уступает место инертности аффектных реакций; колебания настроения приобретают более заметный фазовый характер, менее явственна становится связь их возникновения с внешними раздражителями. [4]

В этой связи среди аффектных расстройств особое значение начинают играть астено-депрессивный синдромы. Клиника депрессии имеет следующие симптомы: пониженное, угнетенно-тоскливое настроение, чувство неуверенности в своих силах, мысли о неполноценности и бесперспективности, общее снижение активности и нарушение сна. В динамике депрессивные расстройства у больных сахарным диабетом продолжаются обычно не долго (до нескольких недель), но астенические симптомы сохраняются.

Астено-депрессивный синдром обычно возникает одновременно с сахарным диабетом и усложняется и усложняется в период декомпенсации. На фоне астении с выраженной истощаемостью при нарастании беспокойства, тревоги и повышенной раздражительности, совпадающими с высоким содержанием сахара в крови и моче, может постепенно развиться тревожно-депрессивный синдром. [5]

В специальной психиатрической литературе описываются также случаи шизоформных психозов при сахарном диабете, которые могут протекать в виде многообразных психопатологических синдромов и часто напоминают различные формы шизофrenии (аффективно-бредовый синдром, бредовые идеи самообвинения, преследования, имеющие яркий, чувственный и не систематизированный характер; сенестопатические ощущения и жалобы; вестибулярные, обонятельные, вкусовые галлюцинаторные переживания; стойкие нарушения памяти, в основном на текущие события).

Шизоформные психозы при сахарном диабете имеют следующие отличия от шизофrenии: психические расстройства протекают на

органическом фоне сахарный диабет, астения; клиника болезни полиморфна; волнообразное течение; психические нарушения кратковременны; довольно быстрая нормализация психической деятельности; негативная симптоматика не выражена; снижение памяти, что не имеет места при шизофрении; длительность и исход психических расстройств зависит от степени тяжести сахарного диабета.

Другую группу исследований особенностей психики у больных сахарным диабетом составляют работы с использованием методов психодиагностики и психопатологических методик. [6]

Для выяснения эмоционально личностных особенностей больных сахарным диабетом Н.Бабенковым был применен ММР1 в варианте Ф.Б.Березина и М.П.Мирошникова. Было обследовано 30 здоровых и 21 больных испытуемых. Учитывался пол, возраст и степень тяжести диабета, сахар в крови и моче. В целом в группе больных отмечалось умеренное /в пределах 70 по Т-шкале, но достоверное повышение профиля по шкалам , невротической триады: I - ипохондрия, 2 - депрессия, 3 - истерия, а также по шкалам 7 - психастения, 8 - шизоидная /плато/, что свидетельствовало о наличии синдрома астенической депрессии. Изменения по другим шкалам позволяют говорить об увеличении внутренней напряженности, тревожности, потребности в помощи. Напряженность коррелирует со степенью тяжести сахарного диабета.

За рубежом проводились исследования больных сахарным диабетом при помощи теста Роршаха, Розенцвейга, ТАТ и др. Была выявлена выраженная нервность, трудности социального приспособления и депрессия.

М.А. Лайнгер провел патопсихологическое исследование памяти, внимания, мышления, работоспособности и утомляемости, самооценки у больных сахарным диабетом. Мысление исследовалось при помощи методов простых аналогий, понимания переносного смысла пословиц, что выявило у части больных некоторую деменцию, которая коррелировала не с

лабильностью течения и степенью тяжести заболевания, а с возрастом и продолжительностью сахарного диабета. [7]

Работоспособность и внимание исследовались с использованием методик счета по Крепелину, корректурной пробы Бурдона. Отмечалось снижение уровня внимания, умственной работоспособности, скорости усвоения нового. Также отмечались мnestические нарушения.

Социальная приспособленность имеет при сахарном диабете особое значение. Й.А.Лайнгер показал, что значительное улучшение работоспособности, повышение концентрации внимания на определенный период времени, собранность, способность быстро переключить внимание проявляли несмотря на астеническую симптоматику мужчины среднего возраста, воспринимавшие экспериментальное исследование как проверку их способности выполнять профессиональную работу. При этом наблюдалось даже некоторое игнорирование болезни. Стимулирующая помощь вызывала улучшение результатов. По данным методики Дембро-Рубинштейн наблюдалась характерная тенденция к повышению самооценки.

Характерной особенностью выполнению методик простых аналогий и запоминания 10 слов была фиксация, или даже контаминация таких слов, которые связаны с ежедневными инъекциями инсулина и ограничением углеводов в питании. Сахар и крупа являются углеводами, и их в отличии от соли необходимо строго учитывать в питании больных сахарным диабетом. [3]

Н. Пезешкиан выделяет 4 формы переработки актуального конфликта (психосоциальная ситуация перенапряжения)

Тело: хронический “голод по любви” больной диабетом утоляет защитным образом при помощи еды, особенно сладостей. Вследствие выросших ограничений, которые выставляет сахарный диабет, часто возникают страх и чувство безысходности. Часть больных реагирует на потерю автономности отчаянием и равнодушием. Другие “вытесняют” или

просто отрицают свое заболевание. Некоторые протестуют чрезмерным потреблением пищи и спиртных напитков.

Профессия/деятельность: в сфере рассудок/деятельность больные диабетом отличаются дисциплинированностью и точностью. Обычно им не свойственны решительность, честолюбие и экспансивные стремления.

Контакты: в сфере контактов часто присутствует негативный опыт. Чрезмерная потребность больных диабетом в зависимости и изнеживании в редких случаях может устраивать партнеров. Несмотря на разочарование, такие больные относительно редко расстаются со своими партнерами обычно из-за силы привязанности.

Фантазия/будущее: в конце концов, стремление к чему-то также может быть попыткой скрыться от “суровых” будней по крайней мере в воображении, во всепозволяющих и всесильных представлениях быть тем и получать то, что недоступно в реальности. Актуальные способности справедливость, сомнение, обязательность, верность и привязанность особенно выражены у диабетиков.

Как считает Пезеншкиан, больные диабетом часто ощущают себя в детстве брошенными родителями и другими близкими на произвол судьбы или чрезмерно опекаемыми. Детские потребности в безопасности, защищенности, внимании и терпении удовлетворяются недостаточно или односторонне. Эмоциональный холод учит детей компенсироваться при помощи приема пищи, что родители отчасти даже сознательно приветствуют.

В семье нередко складываются нестабильные отношения с сильными волнениями и тревогами. Родители не способны соответствующим образом решать свои конфликты. Отношения с братьями и сестрами также часто бывают сложными, поскольку здоровые братья и сестры завидуют особому положению больного ребенка. Хотя контакты с другими людьми достаточно развиты, на первое место здесь тем не менее выходят радости яств и лакомств. Интересы в других сферах в большинстве случаев в таких семьях бывают недостаточно высокими.

Фантазия также подчинена преимущественно сфере тела и питания. Сильно повышенные голод и жажда, к тому же регулярные инъекции инсулина и соблюдение диетических предписаний как бы затребовали все силы больного. Все вращается вокруг сферы организма и ощущений.

Делая небольшое резюме, выше изложенному материалу, нам бы хотелось описать основные психопатологические проявления характерные для сахарного диабета. [5]

Таковыми являются: лабильность настроения, раздражительность, мнительность, тревожность, подавленность, угнетенность, общая слабость, адинамия, повышенная утомляемость, вялость, сонливость, снижение работоспособности, эмоциональная неустойчивость, повышенная конфликтность, хронические, довольно выраженные личностные изменения.

II. Общие положения психологической помощи лицам с психосоматическими расстройствами

2.1. Особенности психотерапии при хронических заболеваниях

В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Пациент никогда не становится снова полностью здоровым, он постоянно, т.е. хронически, болен. Больной должен быть готов к дальнейшему ухудшению своего самочувствия, продолжающемуся снижению работоспособности, смириться с фактом, что он никогда не сможет делать все, что хочется, как раньше. [2]

Из-за этих ограничений человек нередко оказывается в противоречии с тем, что он ожидает от себя сам, и с тем, что ожидают от него другие. Хроническому больному в силу психосоциальных последствий его

2.2. Основные принципы психотерапии при психосоматических заболевания

Какие же заболевания можно считать психосоматическими? Строго говоря, и в происхождении и в течении практически всех заболеваний участвуют психогенные компоненты. Эмоциональные переживания оказывают воздействие на морфологические структуры через гормональную и иммунную системы, а также через вегетативную нервную систему. В свою очередь, соматические изменения влияют на психическое состояние.

О психосоматических заболеваниях можно говорить, когда появляются органические изменения в больном органе. Психический фактор определяет обычно лишь часть причин, приведших к подобным заболеваниям. Среди других факторов важное значение имеют также генетические, соматические и социальные причины. В этой связи можно говорить о мультифакторной этиологии заболевания. [3]

Примером психосоматических заболеваний являются следующие болезни:

бронхиальная астма, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, эссенциальная гипертония, нейродермит, язвенный колит, ревматоидный артрит, сахарный диабет, тиреотоксикоз, ишемическая болезнь сердца и др.

Понимание генеза психосоматических заболеваний определяет основные принципы их лечения. Так как у пациентов с психосоматической патологией нарушена важнейшая функция символообразования и нет достаточной интроспективной рефлексии своего эмоционального состояния, в работе с ними не может быть использована верbalная техника классического психоанализа. Более того, у больных с психосоматической патологией обычная, немодифицированная психоаналитическая терапия, по меньшей мере, в начале лечения может вызвать даже ухудшение состояния. Толкования в классическом аналитическом смысле воспринимаются не как

побуждение к прогрессивным изменениям, а как сдерживающий фактор. Необходимое аналитическое правило abstinenции (дистанция между пациентом и терапевтом) может восприниматься психосоматическим больным как недостаточное внимание и тепла в отношениях с психотерапевтом. Психосоматическим больным недостает также другой важнейшей предпосылки аналитической терапии - гнета психических страданий, который вторично обычно проявляется только в форме соматических симптомов или связанного с ними общего депрессивного фона.

[10]

Поэтому при психосоматических заболеваниях используют различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, аутотренинг, упражнения по мышечной релаксации, музыкальная терапия, танцевальная терапия, символдрама, имагинативная терапия, гештальт-терапия, психодрама). Проведение “довербальных” видов психотерапии согласуется с генезом психосоматических заболеваний, согласно которому основные нарушения относятся к наиболее раннему, “довербальному” периоду развития объектных отношений. Психоаналитическая терапия может подключаться только на последующих этапах лечения, когда у пациента уже достаточно дифференцируется структура “Я”, появятся предпосылки для работы с сопротивлением и разовьется способность к символообразованию как условие эффективности вербальных интеракций.

В психотерапии психосоматических заболеваний особенно важно научить пациента переживать и выражать свои агрессивные чувства - в том числе по отношению к близким людям и психотерапевту. Так, в танцевальной терапии этому, например, служит древний хороводный “Танец Св. Георга”, в котором стоящие в хороводе пациенты “убивают” воображаемым копьем представляемого в центре круга дракона (змею, противника, болезнь). При этом, благодаря эффекту групповой динамики снимается значительная часть груза чувства вины, который распределяется

между участниками танца. Профилактике возникновения и усиления чувства вины за проявленную агрессию служит другой повторяемый элемент танца - танцующие идут под веселую музыку по кругу и радуются, что “убили” дракона. [2]

Другой важный принцип лечения психосоматических заболеваний связан с тем, что, проводя психотерапию, нельзя пренебрегать общей соматической терапией. Психотерапия не может выступать альтернативой соматического лечения. Она должна умело дополнять его. При этом желательно, чтобы психотерапию и общее соматическое лечение психосоматического заболевания проводил один и тот же врач. Это связано с тем, что психосоматические больные склонны к расщеплению положительного и отрицательного переноса. Им трудно переносить хорошие и “плохие” чувства на одного и того же человека. Врач, дающий смягчающие страдания медикаменты, вызывает положительный перенос, а психотерапевт, побуждающий к прорабатыванию мучительных конфликтов, часто вызывает отрицательный перенос. В то же время, одно из условий эффективной психотерапии - это установление положительного переноса на терапевта.

Согласно следующему принципу лечения психосоматических заболеваний, психотерапия должна иметь поддерживающий (суппортивный) характер. Рене Шпитц говорил в этой связи об анаклитической терапии. Психотерапевт поддерживает пациента, помогает ему. Это способствует установлению положительных, доверительных отношений. Здесь важную роль играет положительный перенос на терапевта со стороны пациента. Терапевт хвалит пациента, укрепляет его веру в себя и повышает самооценку, что способствует нарциссической подпитке” пациента. Пациент как бы получает ту “первичную любовь (М. Балинт), которую он “недополучил” в самом раннем детстве. Как отмечал Хайнц Кохут, парадокс состоит в том, что для того, чтобы преодолеть патологический нарциссизм, т.е. фиксацию либидо исключительно на себе самом, не нужно пытаться “оторвать” это либидо от пациента и перенести его на объект. Стоит,

наоборот, еще более усилить нарциссизм, хваля пациента, проявляя к нему повышенное внимание. В результате происходит перераспределение и трансформация нарциссизма, примитивные психические структуры встраиваются в зрелую личность.

Особенно в начале терапии следует избегать конфликтных элементов. На начальных этапах лечения психосоматических заболеваний психотерапевтическое воздействие должно быть направлено на снятие психического и соматического напряжения и удовлетворение архаических потребностей (прежде всего, нарциссических и оральных). [1]

Еще одна особенность психотерапии больных с психосоматической патологией связана с внешними условиями лечения. Психотерапия может проводиться как в амбулаторной, так и в стационарной форме. На Западе преимущество психотерапии в специализированной психосоматической-психотерапевтической клинике обусловлено тем, что там обеспечивается обстановка защищенности, благодаря меньшему воздействию патогенного влияния семьи, работы или другого социального окружения. Этому же служит проведение - именно уже в начале терапии - одной или нескольких бесед с семьей пациента, а иногда и семейной психотерапии. Необходимо наладить, насколько это возможно, кооперацию с семьей пациента в вопросах психотерапии. Пренебрежение сотрудничеством психотерапевта с семьей пациента может стать причиной “застопоривания по непонятной причине” индивидуальной или групповой психотерапии. [3]

2.3. Общие положения психотерапии и психокоррекции при сахарном диабете

Ввиду значительной роли психических факторов в происхождении и развитии сахарного диабета психотерапия и психокоррекция при нем приобретают особенное значение.

В.Г. Баранов /1966/ указывает на то, что при лечении больных сахарным диабетом необходимо стремиться к созданию благоприятной психической обстановке, которая улучшает течение диабета и уменьшает потребность в инсулине и других препаратах, создает возможность расширения диеты. При психотерапии и психокоррекции состояния диабетиков основной акцент необходимо делать на тщательном и активном выполнении лечебных предписаний врача-эндокринолога и на борьбе с ипохондрическими настроениями, возможность возникновения которых особенно велика в связи с длительным хроническим течением этого заболевания А.Л. Грайсман, 1998 М.А. Лайнгер выделяет следующие принципы психотерапии при сахарном диабете:

1. Необходимо учитывать своеобразие диабета среди других хронических заболеваний, специфику личности больных сахарным диабетом, их отношения, эмоции, типы реакций.
2. Учет преморбидных особенностей личности больных сахарным диабетом - сочетание стеничности, целеустремленности с эмоциональной хрупкостью и впечатлительностью. Из этого следует рекомендация седативной психотерапии для уменьшения проявления сонзитивности с одновременным стимулирующим психотерапевтическим воздействием с целью актуализации установок активности и надежды.
3. Учет психологических проблем, связанных с ежедневными инъекциями инсулина, систематическим контролем содержания сахара в крови и моче, обязательностью строгого соблюдения диеты.

Психотерапия должна способствовать и мотивировать личность больного к самоконтролю. По мнению М.А.Лайнгера, психотерапевтическая актуализация систематического контроля за своим состоянием при сахарном диабете не вызывает ипохондрической фиксации.

4. Необходимо учитывать стадию развития сахарного диабета и этапа развития психопатологических проявлений.

Относительно формы психотерапии М.А. Лайнгер рекомендует в случае тревожно-фобических реакций проводить индивидуальную седативную и рациональную психотерапию, а при астено-невротических проявлениях - гипнотическое лечение с последующим обучением аутогенной тренировки.

В заключении необходимо указать, что при сахарном диабете, как и при всех психосоматических расстройствах, необходимо использовать различные виды невербальной и полувербальной психотерапии (телесно-ориентированная терапия, дыхательная гимнастика, аутотренинг, упражнения по мышечной релаксации, музыкальная терапия, танцевальная терапия, символдрама, гештальт-терапия, имагинативная терапия). [6]

2.4. Роль воображения в психологической коррекции психосоматических расстройств

Использование воображения (образов) является обязательным составным компонентом многих школ психотерапии, психокоррекции и психотехнических упражнений.

Большое значение фантазиям, в которых человек видит яркие образы, придавал Карл Густав Юнг. "Через фантастическое мышление идет соединение определенно-направленного мышления с древнейшими основами человеческого духа, находящимися уже давно под порогом сознания. Продуктами фантастического мышления, которыми непосредственно занято сознание, являются прежде всего сны наяву, т.е. мечты и фантазии ..." /К.Г. Юнг. В психотерапевтических целях К.Г. Юнг широко использовал так называемое "активное воображение".

Среди направлений психотерапии и психокоррекции при лечении психосоматических расстройств клинически высокоэффективным оказался метод глубинно-психологически ориентированной психотерапии, получивший название символдрамы или Кататимно-имагинативной

психотерапии (“Ката” от греч. - “соответствующий”, “зависящий”; “тимос” от греч. - “душа”, здесь имеется ввиду “эмоциональность”; иммагинации - представление образов) /Х.Лейнер, 1996/. В качестве метафоры его можно охарактеризовать как “психоанализ при помощи образов”.[9]

Метод разработан известным немецким психотерапевтом Ханскарлом Лейнером (1919-1996). Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов - “картин” на заданную тему (мотив). Психотерапевт выполняет при этом контролирующую, сопровождающую, направляющую функцию. В качестве мотивов символдрамы выступают следующие: луг; мой луг; ручей или озеро; опушка леса; цветок; идеал Я; дом; интроспекция внутренностей тела (путешествие в глубь своего тела) и поиск места, где больно; облако; место, где мне было хорошо; событие, когда мне было хорошо и др.

Лежащего с закрытыми глазами на кушетке или сидящего в удобном кресле пациента вводят в состояние расслабления, при помощи техники близкой к двум первым ступеням аутогенного тренинга по Й.Х. Шульцу. Как правило, бывает достаточно нескольких простых внушений состояния спокойствия, расслабленности, тепла, тяжести и приятной усталости - последовательно в различных участках тела.

После этого пациенту предлагаются представить образы на заданную тему - стандартный мотив, в открытой форме. Длительность представления образов зависит от возраста пациента и характера предмываемого мотива. Для подростков и взрослых пациентов она составляет в среднем около 20 минут, но не должна превышать 35-40 минут. [4]

2.5. Символдрама проводится в индивидуальной, групповой форме и в форме психотерапии пар.

Как отмечалось Х.Лейнером в монографии “Кататимное переживание образов. Методика использования воображаемых ситуаций в коррекции

самочувствия”/1996/, манифестация свободно возникающих внутренних образов известна в психотерапии уже давно. З.Фрейд фиксировал в ходе терапии важные свойства дневных фантазий пациентов, а Э.Кречмер говорил о “мышлении кинокадрами”, когда речь шла о самостоятельном, похожем на фильм течении внутренних образов. Согласно Х.Лейнеру, при этом происходит самораскрытие психики в процессе безинерциального протекания проекций; развертывание процессов аутосимволизма осуществляется в соответствии с потоком настроений, эмоций пациента.

Х.Лейнер выделяет следующие терапевтические факторы, действующие в символдраме:

- а) образное представление, фокусировка воображаемых сцен и их эмоционального тона, чтобы их осознанно понять и сформулировать;
- б) предметизация (наглядное представление, конкретизация) и перемещение содержания образов от полных фантазий до реально обусловленных представлений при спонтанной самоинтерпритации символов;
- в) освобождение чувств и аффектов, вплоть до катарсиса;
- г) эффект обратной связи превратившихся в объект конфликтов и стимулирование их креативного раскрытия.

Применение образов для коррекции психосоматического состояния больных с различной нозологией описывается не только Х. Лейнером, но и другими авторами.

Так использование эйдетических образов для коррекции состояния пациентов с гипертонической болезнью предложил И.К. Шхвацабая /1983/. Вначале больные обучались запоминанию комплекса ощущений (“образ релаксации”), испытываемого во время занятий аутогенной тренировкой. Далее связывают “образ релаксации” с визуальным символом, в качестве которого используется правильная геометрическая фигура с центром симметрии (“фигура релаксации”). В ситуации эмоционально-психического напряжения больной воспроизводит в течении 1-2 минут “образ релаксации”,

вспоминая или представляя перед внутренним взором “фигуру релаксации” / Карвасарский Б.Д., 1985/.

В заключении этой главы хотелось бы отметить то, что в лечении человека должны учитываться биологические и психологические (психиатрические) аспекты его физического страдания, а также влияние на них различных социальных факторов. В ходе психокоррекционной работы с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами, должны прежде всего ставиться основные практические задачи: первая - обучение больных и развитие у них способностей сознательного контроля, управления и воздействия на собственное телесное состояние, и вторая - психотерапевтическая проработка негативных влияний личной истории. [8]

III. Описание и результаты эмпирического исследования личности, страдающей сахарным диабетом

3.1. Методы и методики исследования

Основными методами являлись:

1.Анкета информированности населения по вопросам диабета.

В анкете затрагиваются такие важные вопросы как, что необходимо знать о сахарном диабете? Сахарный диабет делится на типы? Определите у себя риск возникновения диабета или предиабета? Известно ли Вам о группах риска развития сахарного диабета? Есть ли у Вас родственники, которые болеют диабетом? Знаете ли Вы признаки, характерные для диабета? Как Вы предполагаете, какие осложнения заболевания диабетом могут возникнуть в случае отсутствия лечения? Откуда Вы получаете информацию о диабете?

2.Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л. Д. Малковой.

Методика предназначена для экспресс-диагностики астенического состояния. Под термином «астеническое состояние», или «снижение психической активации», подразумевается такое психическое состояние, которое характеризуется общей, и прежде всего, психической слабостью, повышенной истощаемостью, раздражительностью, снижением продуктивности психических процессов, расстройствами сна, физической слабостью и другими вегетативно-соматическими нарушениями. Астеникам и людям с временным астеническим состоянием следует соблюдать щадящий образ жизни, своевременно восстанавливать психические и физические силы.

3. Симптоматический опросник самочувствия (СОС).

Симптоматический опросник разработан для выявления предрасположенности к патологическим стресс-реакциям в экстремальных условиях. Опросник позволяет определить предрасположенность к патологическим стресс-реакциям и невротическим расстройствам в экстремальных условиях по следующим симптомам самочувствия: психофизическое истощение (сниженная психическая и физическая активность), нарушение волевой регуляции, неустойчивость эмоционального фона и настроения (эмоциональная неустойчивость), вегетативная неустойчивость, нарушение сна, тревога и страхи, склонность к зависимости.

4. Опросник «Определение нервно–психического напряжения» Т. Немчин.

Автор методики НПН профессор Психоневрологического института им. В. А. Бехтерева Т. А. Немчин при разработке опросника НПН использовал результаты многолетних клинико–психологических исследований, проведенных на большом количестве испытуемых, находящихся в условиях экстремальной ситуации. Первый этап разработки опросника состоял в составлении и систематизации перечня жалоб–симптомов, полученных от реципиентов в стрессовой ситуации: от 300 студентов в период экзаменационной сессии и от 200 больных неврозами с ведущей симптоматикой в форме фобий, страха, тревоги перед выполнением

болезненных процедур и стресс–интервью. На втором этапе разработки методики из 127 первичных признаков, относящихся к феноменологии нервно–психического напряжения, были отобраны лишь 30 признаков, которые систематически повторялись при повторных обследованиях.

Наиболее высокие частоты повторяемости 30 признаков были обнаружены в группе больных неврозами. Различная степень выраженности признаков у разных испытуемых позволила автору разделить каждый из пунктов опросника на три степени: слабо выражен, средняя степень выраженности, резко выражен, получившие условную оценку в очках соответственно 1, 2, 3. По содержанию опросника все признаки можно разделить на три группы утверждений: первая группа отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматических систем организма, вторая группа утверждает о наличии (или отсутствии) психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно–психической сферы, в третью группу входят признаки, описывающие некоторые общие характеристики нервно–психического напряжения – частоту, продолжительность, генерализованность и степень выраженности этого состояния. Опросник рекомендуется использовать для диагностики психической напряженности в условиях сложной (экстремальной) ситуации или ее ожидания.

5. Диагностика состояния стресса К. Шрайнер.

Диагностика состояния стресса позволяет выявить особенности переживания стресса: степень саморегуляции, эмоциональной лабильности в стрессовых условиях.

6. Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Жмуров.

Одной из причин возникновения депрессивных состояний является истощение нервно–психического потенциала вследствие продолжительного стресса или психотравмы. Депрессия – специфическое аффективное состояние индивида, которое характеризуется отрицательными эмоциями, а также трансформацией мотивационной, когнитивной и поведенческой сфер.

В состоянии депрессии индивид испытывает мучительно-тяжелые переживания, такие как тоска, отчаяние, страхи, подавленность, чувство вины за прошлые события, беспомощность-инфантильность перед лицом жизненных трудностей. Депрессивные состояния, как правило, характеризуются сниженной самооценкой, скептицизмом, склонностью никому не доверять, безынициативностью, утомляемостью, падением активности и др. Методика позволяет дифференцировать шесть состояний – уровней депрессии: апатия, гипотимия, дисфория, растерянность, тревога, страх.

Качественная характеристика депрессивных состояний

Апатия. Состояние безучастности, равнодушия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам на будущее. Это стойкое или проходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и врожденных эмоциональных программ.

Гипотимия (сниженное настроение). Аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни.

Положительные эмоции при этом поверхностны, быстро истощаемы, могут полностью отсутствовать.

Дисфория («плохо переношу», несу плохое, дурное). Мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями.

Растерянность. Острое чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека.

Тревога. Несколько, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Эмоциональная энергия действует столь мощно, что возникают своеобразные физические ощущения: «внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...»

Страх. Разлитое состояние, переносимое на все обстоятельства и проецирующееся на все в окружающем. Страх также может быть связан с определенными ситуациями, объектами, лицами и выражается переживанием опасности, непосредственной угрозы жизни, здоровью, благополучию, престижу и др. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями, свидетельствующими о внутренней концентрации энергий: «внутри похолодело», «оборвалось», «шевелятся волосы», сковало грудь» и т. п.

7. Мотивы символдрамы: «Цветок».

Символдрама учит работать в образе символов, метафор. Так естественно работает физиологический сон, «показывая» нам переведённые на язык правого полушария события нашей жизни.

8. Проведение патопсихологического исследования.

3.2. Описание проделанной работы

Пациент заполняет анкету информированности населения по вопросам диабета, проходит строго по инструкции предоставленные ему тесты, затем проводится методика символдрама - мотив цветок. Далее подсчитываются полученные баллы, описываются результаты анкеты и методики символдрама. Также пациенту проводится патопсихологическое исследование. В заключении описываются общие полученные результаты и даются дальнейшие рекомендации пациенту.

3.3. Результаты

Пациент Токарева И.В. 57 лет.

После заполнения анкеты информированности населения по вопросам диабета, выяснилось, что некоторые аспекты болезни пациент не знает, задает наводящие вопросы и не может ответить самостоятельно. Проведена ознакомительная беседа, включающая медицинские аспекты данного заболевания. Также пациенту была продемонстрирована презентация под названием - все о сахарном диабете.

Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л. Д. Малковой: по результатам данного теста у пациента «умеренная астения» - о чем свидетельствуют ответы пациента, где присутствуют такие показатели как - усталость, снижением психической и физической работоспособности, нарушениями сна, повышенной раздражительность, вялость, эмоциональная неустойчивость, а также повышенная забывчивость, связанная с рассеянным вниманием.

Симптоматический опросник самочувствия (СОС): данные опросника говорят о следующем, у пациента наблюдается в данный период времени - средний уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям, состояние удовлетворительной адаптированности.

Опросник «Определение нервно-психического напряжения» Т. Немчин: относительная сохранность характеристик психического и соматического состояния.

Диагностика состояния стресса К. Шрайнер: по результатам диагностики у пациента наблюдаются следующие результаты, он всегда правильно ведет себя в стрессовой ситуации. Иногда он умеет сохранять самообладание, но бывают такие случаи, когда он заводится из-за пустяка и потом об этом жалеет. Пациенту необходимо заняться выработкой своих индивидуальных приемов самоконтроля в стрессе.

Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Жмуров: по результатам диагностики у пациента наблюдаются следующие результаты – после подсчетов баллов выявились: депрессия минимальная, выражается в гипотимии (сниженное настроение). Аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни. Положительные эмоции при этом поверхностны, быстро истощаемы.

Также наблюдаются некоторые состояния тревоги. Проявляются у пациента, в виде неясного, непонятного самому человеку чувства «внутри все сжалось в комок, напряглось».

Мотивы символдрамы: «Цветок».

Пациентка с большим интересом отнеслась к данной методике, по ее словам, это было самое интересное занятие в нашей встрече.

Все задания выполняла строго по устной инструкции, не отвлекалась, смогла расслабиться, представить, а затем описать цветок, который у нее возник в воображении.

В процессе описания цветка упоминала, что он достаточно ярких цветов, естественный, живой, похож на ромашку, растущую в поле.

В конце сеанса символдрамы, пациентка нарисовала цветок (достаточно подробно и быстро).

По результатам можно сказать, что получившийся цветок находится в пределах нормы, отклонений не наблюдается.

3.4. Патопсихологическое исследование

Пациент: Токарева Ирина Валерьевна, 57 лет, проживает в городе Сосновоборске.

1. Ход обследования

Испытуемая на приеме у психолога активно вступает в беседу, на вопросы отвечает логично и по существу. Мотивация на выполнение работы

сильная, стабильная, отказов в выполнении заданий не было. Инструкции усваивает с первого предъявления, удерживает внимание в процессе выполнения заданий в полном объеме, темп деятельности высокий.

2. Жалобы

Сахарным диабетом болеет 15 - 17 лет. Жалуется на то, что болят колени, спина, давление скачет, беспокоит грыжа паховая, была операция по удалению камней в желчном пузыре.

3. Анамнез

Сведения о наследственности

Отец: (летчик) умер.

Мать: Галина, жива, 75 лет (диагноз сахарный диабет, давление повышенное, болезнь суставов).

В ходе беседы, в наследственности, обнаружилось, что у большинства родственников сахарный диабет, лишний вес, гипертония.

Дочь: 33 года, врач.

История жизни

Токарева Ирина Валерьевна, 57 лет, родилась в Енисейске, в 1960 г.

Возраст и здоровье родителей: Отец: умер.

Мать: Галина, жива 75 лет (диагноз сахарный диабет, давление повышенное, болезнь суставов).

Развитие в раннем возрасте: пациентка о детстве рассказывает с теплотой, проблем в развитии не испытывала.

Дошкольный возраст: росла активным, жизнерадостным ребенком, заболеваниями и фобиями не страдала.

Период обучения

Училась в школе в городе Енисейске.

Также, пациентка, закончила институт в Риге, по специальности экономист, работает всю жизнь по специальности.

Трудовая деятельность, профессия.

Работала в аэропорту в Норильске экономистом более 30 лет, имеет золотой почетный знак работника аэропорта.

Служба в армии или участие в боевых действиях.

Не служила.

Анамнез супружеской жизни:

Была замужем, после переезда из города Норильска, муж уехал в Краснодар по семейным обстоятельствам, потом подал на развод по почте, без объяснения причин. 5 лет в разводе. Пациентка очень переживает по этому поводу до сих пор, может поплакать в разговоре о нем.

Социально-бытовые условия: пациентка жила в различных городах: родилась в городе Енисейске, далее проживала в Риге, затем в Норильске, в данный момент проживает в городе Сосновоборске.

Перенесенные заболевания: Сахарным диабетом болеет 15 - 17 лет. Жалуется на то, что болят колени, спину ломит, давление скачет, грыжа паховая, была операция по удалению камней в желчном пузыре.

Употребление и злоупотребление психоактивными веществами

Не употребляла.

4. Оценка личности больного

Связи: друзей много, общительный человек.

Преобладающее настроение: плаксивое, ранимое, не может отказывать людям, из-за этого очень переживает и плачет.

Характер: дружелюбный, робкий, присутствует смущение. В характере присутствует обидчивость.

Взгляды и устои: Верит в Бога, считает, что все в жизни предопределено. Пациентка пытается контролировать свою дочь, 33х лет, у которой есть семья, двое детей. На фоне этого иногда возникают конфликты.

5. Психический статус

Методика исследования психического статуса

Познавательная сфера

Расстройства восприятия

Наличие иллюзий и галлюцинаций у пациента не наблюдается.

Расстройства мышления

Формальные расстройства мышления

Замедление темпа речи

Ответы пациентки содержат достаточно полную информацию, в том числе и на дополнительные вопросы.

Обстоятельность

Способность отделять главное от второстепенного, присутствует.

Пациентка отвечает конкретно на поставленные вопросы, не углубляясь в подробности.

Резонерство

У пациентки резонерство не наблюдается.

Паралогичность (т.н. «кривая логика»).

При беседе с пациенткой наблюдались логичные ответы на вопросы, «кривая логика» отсутствует.

Обрыв мысли, или шперрунг

В речи пациента не наблюдаются паузы. На вопросы отвечает быстро и четко, «не плавая» в воспоминаниях.

Обсессивные явления

У данного пациента, обсессивные явления не наблюдаются.

Расстройства памяти

Во время обследования психического статуса пациенту был предложен тест для оценки памяти.

Во время теста, внимание сконцентрировано - правильное воспроизведение семи чисел.

На повторные вопросы, спустя некоторое время отвечает уверенно, и не разнится с первоначальным ответом.

Память на недавние события – знает последние новости экономики и политики.

Память на отдаленные события – фрагменты биографии рассказывает ярко, четко, помнит в мелочах многие значимые события.

Расстройства внимания

Счет по Крепелину: пациентка выполнила без ошибок.

Также перечислила дни недели, месяцы года, в прямом и обратном порядке.

Устойчивость внимания

Внимание устойчивое, пациентка не отвлекается от процесса обследования.

Расстройства эмоций

Пациентка находился по ее словам в достаточно хорошем настроении, была рада новому знакомству.

На вопрос о самочувствии - жалуется на то, что чувствует себя неважно, один день хорошо, другой день не очень.

В процессе беседы, настроение соответствует ситуации, изменяется в соответствии с основными обсуждаемыми темами.

Поведенческая сфера

Инстинктивная активность, волевая активность

Внешний вид

Опрятный внешний вид. Чистая, выглаженная одежда. Прическа и макияж. Внешне пациентка полноватого телосложения, наблюдается избыточный вес. Настроение депрессивное, слегка плаксивое, когда речь заходит о душевных переживаниях.

Поза и движения

Свободная поза, естественная, немного опустившаяся голова в пол.

Социальное поведение

Поведение соответствует обстановке обследования. Пациентка общительна, заинтересована, рада встрече. Готова выполнять задания, отвечает на вопросы достаточно искренне.

Патология сознания

Алло-, ауто- и соматопсихическая ориентировка

Пациентка называет место, где она находится, время и год. Говорит, в каком году приехала в Красноярск. Хорошо ориентируется в часах на циферблате.

В разговоре о супруге, говорит, сколько лет они прожили вместе и в каком году они развелись. Пациентка очень переживает по этому поводу до сих пор, может поплакать в разговоре о нем.

Пациентка может объяснить отвлеченный переносный смысл пословиц и поговорок. В задании, где нужно было объяснить смысл озвученного рассказа, пациентка изложила заложенный в текст смысл.

Заключение

Ведущий синдром: астено-невротический

Сопутствующие: астенно-депрессивный

Нейропсихологическая симптоматика: У данного пациента наблюдается астено-невротический синдром. Для него характерные симптомы: эмоциональная лабильность с готовностью к реакциям раздражения; утомляемость, усталость ощущается к концу рабочего дня, после отдыха чаще всего проходит; головные боли нестойкого характера. А также астенно-депрессивный синдром. Клиника депрессии имеет следующие симптомы: пониженное, угнетенно-тоскливоое настроение, чувство неуверенности в своих силах, мысли о неполноценности и бесперспективности, общее снижение активности и нарушение сна.

Мероприятия по реабилитации и коррекции

Реабилитационные мероприятия должны быть направлены в первую очередь на лечение данных синдромов.

Пациентке рекомендуется составить правильный режим дня, придерживаться диетического питания и обеспечить себе достаточную физическую активность. Еженедельная работа с психологом поможет пациентке укрепить психику, восстановить нормальную реакцию организма на внешние раздражители.

Для успешного устраниния астено-депрессивного синдрома пациентке необходимо гулять по вечерам, записаться на плавание либо на танцы, а также выполнять несложные комплексы лечебной гимнастики. Положительный эффект даст дыхательная зарядка или йога, ароматерапия, фитотерапия и аутотренинги.

В качестве рекомендации: отдых и смена обстановки: санаторно-курортное лечение.

Данной пациентке необходимо обратиться к психиатру, для назначения дополнительного медикаментозного лечения.

А также консультироваться со своим лечащим врачом, по вопросам основной терапии.

Заключение

В процессе работы был проведен большой обзор литературы по основным проблемам сахарного диабета (причинам, течению и последствиям), и проведен анализ исследований и диагностики в этой области. Было выяснено, что эмоциональный стресс, страх, тревога, длительные разногласия на почве межличностных отношений приводят к повышению содержания сахара в крови. Высокое содержание сахара в крови может привести к психическим нарушениям, астенической симптоматике, к высокой утомляемости и внутренней напряженности. Человек заболевший сахарным диабетом становится сильно ранимым, раздражительным и тревожным.

Общие рекомендации

1. Пациенту, больному сахарным диабетом необходимо посещать психолога/психотерапевта, несколько раз в год, так как при сахарном диабете часто возникает ряд психологических проблем и психических расстройств. Такие нарушения не только причиняют страдание, но также влияют на лечение и исход самого сахарного диабета.
2. Психофизиологическая адаптация к сахарному диабету. Ввиду важности самопомощи, способ, которым люди приспосабливаются к наличию у них сахарного диабета, является решающим для его исхода. Некоторые больные хуже адаптируются к требуемому режиму. Они проходят стадии, сходные с теми, которые бывают в реакции горя: неверие, отрицание, гнев и депрессия. Таким образом, необходимо помнить, что адаптация к сахарному диабету является важным этапом в жизни больного, так как адаптация определяет риск развития, как серьезных соматических осложнений, так и проявление психологических проблем или психического расстройства.

3. Больному сахарным диабетом необходимо соблюдать все рекомендации лечащего врача, так как это облегчает протекание болезни. Общение и понимание с врачом – очень важно в лечении сахарного диабета, так как непонимание ведет к прогрессивности болезни, больные нервничают, уходят в депрессию, что в свою очередь не проходит бесследно на психосоматическом уровне.

4. Человеку нужно решить, каких целей он хочет добиться, и тогда окружающие, родственники, друзья, лечащий врач смогут оказать ему поддержку в достижении своей цели.

5. На современном уровне лечения сахарного диабета каждый пациент, сохраняя силы и бодрость, должен уметь самостоятельно улаживать проблемы, обусловленные заболеванием, и устраивать свою жизнь с учетом болезни.

6. Каждому больному важно понять, что без активного участия болезнь победить нельзя. Жизнь с появлением сахарного диабета не заканчивается, и жить нужно дальше. Поэтому следует научиться радоваться всем ее проявлениям, выполнять определенные правила жизни с диабетом. Необходимо добиваться, чтобы диабет не разрушал здоровье. Надо проникнуться ответственностью за свою будущую жизнь, ведь та дорога, которую избирает больной, и есть его настоящая жизнь.

7. Главное, чему должен научиться каждый больной, — умение сотрудничать со своим недугом.

Список использованной литературы

- 1.Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр; пер. С. Могилевский. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. - 352 с.
- 2.Белов В.Г., Колесников С.Д., Парфенова А.А. Детерминанты внутренней картины болезни у больных с хроническим пульпитом / В.Г. Белов, С.Д. Колесников, А.А. Парфенова // Вестник Российской военно-медицинской академии - 2009. - Т. 3. - С. 15-18.
- 3.Боговин Л.В., Водолазская А.С. Взаимосвязь мотивационные особенности личности и типов отношения к болезни у больных бронхиальной астмой / Л.В. Боговин, А.С. Водолазская // Бюллетень - 2012. - №46. - С. 30-34.
- 4.Бондаренко С.М., Смирнов В.В., Даниленко О.В., Петряйкина Е.Е. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа. /С.М. Бондаренко, В.В. Смирнов, О.В. Даниленко, Е.Е. Петряйкина // Педиатрия - 2006. - №14. - С. 22-27.
- 5.Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Фёдорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Фёдорова // Сибирский психологический журнал - 2008. - №27. - С. 67-71.
- 6.Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства. / Д.Н. Исаев - СПб.: Речь, 2005. - 400 с.
- 7.Ишмухаметов А., Исмаилова Н.И. Внутренняя картина болезни в психологической характеристике лиц с ограниченными возможностями / А. Ишмухаметов, Н.И. Исмаилова // International journal of experimental education - 2011. - №8. - С. 54.
- 8.Ковалев Ю.В., Зеленин К.А. Сахарный диабет и тревожные расстройства / Ю.В. Ковалев, К.А. Зеленин // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2011. - №5, режим доступа:

#"justify">Коломиец И.Л. Эмоциональные и поведенческие характеристики детей с сахарным диабетом и их матерей / И.Л. Коломиец // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2012. - №5 (16), режим доступа:
#"justify">.Лас Е.А. Эмоционально-личностные предикторы отношения к болезни у пациентов с ревматоидным артритом / Е.А. Лас // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена - 2012. - №150. - С. 262-270.

9.Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2005. - 992 с.

10.Пахомов А.А. Патогенетические закономерности формирования внутренней картины болезни при различных вариантах когнитивной переработки соматической патологии / А.А. Пахомов // - 2009. - Т. 11. - №1. - С. 148-153.

Приложение 1

Шкала Астенического Состояния (ШАС) была создана Л. Д. Малковой и адаптирована Т. Г. Чертовой на основе MMPI. Методика предназначена для экспресс-диагностики астенического состояния. Под термином «астеническое состояние», или «снижение психической активации», подразумевается такое психическое состояние, которое характеризуется общей, и прежде всего, психической слабостью, повышенной истощаемостью, раздражительностью, снижением продуктивности психических процессов, расстройствами сна, физической слабостью и другими вегетативно-соматическими нарушениями. Астеникам и людям с временным астеническим состоянием следует соблюдать щадящий образ жизни, своевременно восстанавливать психические и физические силы.

Тест-опросник для диагностики астении. Шкала астенического состояния (ШАС) Л. Д. Малковой:

Инструкция.

Внимательно прочитайте каждое предложение и, оцените его применительно к вашему состоянию в данный момент.

Нет, неверно – 1 балл

Пожалуй, это так – 2 балла

Верно – 3 балла

Совершенно верно — 4 балла

Тестовый материал (вопросы).

1. Я работаю с большим напряжением
2. Мне трудно сосредоточиться на чем-либо
3. Моя половая жизнь не удовлетворяет меня
4. Ожидание нервирует меня
5. Я испытываю мышечную слабость
6. Мне не хочется ходить в кино или в театр
7. Я забывчив
8. Я чувствую себя усталым
9. Мои глаза устают при длительном чтении
10. Мои руки дрожат
11. У меня плохой аппетит

12. Мне трудно быть на вечеринке или в шумной компании
13. Я уже не так хорошо понимаю прочитанное
14. Мои руки и ноги холодные
15. Меня легко задеть
16. У меня болит голова
17. Я просыпаюсь утром усталым и не отдохнувшим
18. У меня бывают головокружения
19. У меня бывают подергивания мышц
20. У меня шумит в ушах
21. Меня беспокоят половые вопросы
22. Я испытываю тяжесть в голове
23. Я испытываю общую слабость
24. Я испытываю боли в темени
25. Жизнь для меня связана с напряжением
26. Моя голова как бы стянута обручем
27. Я легко просыпаюсь от шума
28. Меня утомляют люди
29. Когда я волнуюсь, то покрываюсь потом
30. Мне не дают заснуть беспокойные мысли

Ключ к тесту Малковой, интерпретация:

От 30 до 50 баллов — «отсутствие астении»,

от 51 до 75 баллов — «слабая астения»,

от 76 до 100 баллов — «умеренная астения», от 101 до 120 баллов — «выраженная астения».

Симптоматический опросник самочувствия (СОС)

Инструкция: предлагаемый опросник выявляет особенности вашего самочувствия в данный период времени. Вам необходимо однозначно ответить на 42 вопроса: либо «да», либо «нет».

№ п/п	Утверждение	Да	Нет
1	Меня мало интересуют окружающие меня люди и их жизнь		
2	Я часто не могу избавиться от некоторых навязчивых мыслей		
3	У меня часто меняется настроение		
4	Меня укачивает в любом виде транспорта		
5	Я плохо сплю и встаю с большим трудом		
6	В одиночестве у меня часто появляются тоска или тревожные мысли		
7	Я часто принимаю успокаивающие или стимулирующие средства		
8	Как правило, меня утомляет общение с другими людьми, я стремлюсь к уединению		
9	Я часто испытываю трудности в управлении своими мыслями и желаниями		
10	Я не жду ничего хорошего в моей будущей жизни		
11	Иногда у меня бывают головокружения или слабость в теле		
12	Часто я долго не могу заснуть		
13	Иногда я испытываю тревогу или страх на большой высоте		
14	Обычно мне трудно отключиться даже от мелких конфликтов и текущих неприятностей на службе (на работе)		
15	Мне приходится общаться со многими людьми, которые меня раздражают или выводят меня из состояния равновесия		
16	Как правило, мне трудно сконцентрироваться на одном деле или действиях		
17	Иногда я принимаю успокаивающие или возбуждающие средства		
18	Меня укачивает в некоторых видах транспорта		
19	По утрам я часто чувствую себя разбитым		
20	Я опасаюсь, что окружающие могут прочитать мои мысли		
21	Иногда я принимаю снотворное		
22	Физические упражнения и спорт меня не привлекают		
23	В деловом общении я часто не успеваю сказать все, что хочу		
24	У меня часто бывает плохое настроение		
25	Иногда меня беспокоят приступы одышки или сердцебиения		
26	Я часто просыпаюсь по ночам		
27	Иногда я испытываю тревогу или страх в темноте и в закрытых помещениях		
28	Лучший способ решения сложного вопроса — «утопить» его в вине		
29	После рабочей недели я предпочитаю отдыхать в одиночестве и без физических нагрузок		
30	У меня бывают мысли, от которых мне трудно избавиться		
31	Мое настроение часто меняется в течение дня без явных причин		
32	Иногда у меня бывают приступы дрожи или жара		

33	У меня бывают страшные сновидения		
34	У меня бывают навязчивые страхи		
35	После сильных стрессов я предпочитаю «забыться» и «отключиться» от всего		
36	Физические упражнения редко дают мне бодрость и энергию		
37	Часто я не могу упорядочить мои мысли и сконцентрироваться на главном		
38	Мое настроение очень изменчиво и зависит от внешних обстоятельств		
39	Иногда у меня возникают неприятные ощущения в разных частях тела		
40	Иногда у меня бывают снохождения		
41	Я постоянно испытываю тревогу и ожидаю неприятностей		
42	Я постоянно принимаю успокаивающие или возбуждающие средства, чтобы нормализовать свое состояние и лучше приспособиться к жизненным обстоятельствам		

Обработка и оценка результатов. Ответы «да» – 1 балл, «нет» – 0 баллов. В соответствии с «ключом» подсчитываются суммы баллов по каждой шкале и общее количество набранных баллов – суммарный показатель невротизации.

До 15 баллов. Высокий уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям, состояние хорошей адаптированности.

16–26 баллов. Средний уровень психологической устойчивости к экстремальным условиям, состояние удовлетворительной адаптированности.

27–42 балла. Низкая стрессоустойчивость, высокий риск патологических стресс-реакций и невротических расстройств, состояние дезадаптации.

«Ключ»

№ п/п	Названия шкал	Утверждения-симптомы
1	Истощение психоэнергетических ресурсов (психофизическая усталость)	1, 8, 15, 22, 29, 36
2	Нарушение воли	2, 9, 16, 23, 30, 37
3	Эмоциональная неустойчивость	3, 10, 17, 24, 31, 38
4	Вегетативная неустойчивость	4, 11, 18, 25, 32, 39
5	Нарушения сна	5, 12, 19, 26, 33, 40
6	Тревога и страхи	6, 13, 20, 27, 34, 41
7	Дезадаптация (склонность к зависимости)	7, 14, 21, 28, 35, 42

Опросник «Определение нервно–психического напряжения» Т. Немчин

Вводные замечания

Автор методики НПН профессор Психоневрологического института им. В. А. Бехтерева Т. А. Немчин при разработке опросника НПН использовал результаты многолетних клинико–психологических исследований, проведенных на большом количестве испытуемых, находящихся в условиях экстремальной ситуации. Первый этап разработки опросника состоял в составлении и систематизации перечня жалоб–симптомов, полученных от реципиентов в стрессовой ситуации: от 300 студентов в период экзаменационной сессии и от 200 больных неврозами с ведущей симптоматикой в форме фобий, страха, тревоги перед выполнением болезненных процедур и стресс–интервью. На втором этапе разработки методики из 127 первичных признаков, относящихся к

феноменологии нервно–психического напряжения, были отобраны лишь 30 признаков, которые систематически повторялись при повторных обследованиях [8].

Наиболее высокие частоты повторяемости 30 признаков были обнаружены в группе больных неврозами. Различная степень выраженности признаков у разных испытуемых позволила автору разделить каждый из пунктов опросника на три степени: слабо выражен, средняя степень выраженности, резко выражен, получившие условную оценку в очках соответственно 1, 2, 3. По содержанию опросника все признаки можно разделить на три группы утверждений: первая группа отражает наличие физического дискомфорта и неприятных ощущений со стороны соматических систем организма, вторая группа утверждает о наличии (или отсутствии) психического дискомфорта и жалоб со стороны нервно–психической сферы, в третью группу входят признаки, описывающие некоторые общие характеристики нервно–психического напряжения – частоту, продолжительность, генерализованность и степень выраженности этого состояния. Опросник рекомендуется использовать для диагностики психической напряженности в условиях сложной (экстремальной) ситуации или ее ожидания.

Опросник НПН

Инструкция: заполните правую часть бланка, отмечая знаком «+» те строки, содержание которых соответствует особенностям вашего состояния в настоящее время.

Фамилия, имя, отчество.....

Пол.....

Возраст.....

... Вид деятельности (работа, ожидание экзамена, процедуры и др.)

.....
Профессиональная принадлежность.....

# п/п	Характер признака	Отметка испытуемого
1	<p>Наличие физического дискомфорта:</p> <p>А. Полное отсутствие каких-либо неприятных физических ощущений</p> <p>Б. Имеют место незначительные неприятные ощущения, не мешающие работе (не причиняющие беспокойства)</p> <p>В. Наличие многочисленных разнообразных неприятных ощущений, причиняющих беспокойство, мешающих работе, деятельности</p>	
2	<p>Наличие болевых ощущений:</p> <p>А. Полное отсутствие каких-либо болей</p> <p>Б. Болевые ощущения появляются лишь изредка, быстро исчезают и не мешают работе</p> <p>В. Есть постоянные болевые ощущения, серьезно беспокоящие и мешающие работе</p>	
3	<p>Температурные ощущения:</p> <p>А. Отсутствие каких-либо изменений в ощущении температуры тела</p> <p>Б. Ощущение тепла, повышения температуры тела</p> <p>В. Ощущение похолодания конечностей, чувство озноба</p>	
4	<p>Состояние мышечного тонуса:</p> <p>А. Обычный, неизмененный мышечный тонус</p> <p>Б. Умеренное повышение мышечного тонуса, чувство умеренного мышечного напряжения</p> <p>В. Значительное мышечное напряжение, дрожание рук, подергивание (тик) мышц лица, губ, век</p>	
5	<p>Координация движений:</p> <p>А. Обычная, неизмененная координация движений</p> <p>Б. Повышение двигательной активности, увеличение скорости, точности, ловкости, координированности движений во время работы, письма</p> <p>В. Снижение точности движений, нарушение координации, ухудшение почерка, затруднение при выполнении мелких движений, требующих высокой точности</p>	
6	<p>Двигательная активность в целом:</p> <p>А. Обычная, неизмененная двигательная активность</p> <p>Б. Повышение двигательной активности, увеличение скорости и энергичности движений</p>	

	<p>В. Резкое усиление общей двигательной активности, невозможность усидеть на одном месте, суетливость, постоянное стремление двигаться, ходить, изменять положение тела</p>	
7	<p>Ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы:</p> <p>А. Отсутствие каких-либо неприятных ощущений со стороны сердца</p> <p>Б. Ощущение усиления сердечной деятельности, не привлекающее особого внимания и не мешающее работе</p> <p>В. Наличие неприятных ощущений со стороны сердца — резкое сердцебиение, чувство сжатия в области сердца, покалывание, боли в области сердца</p>	
8	<p>Ощущения (и проявления) со стороны желудочно-кишечного тракта:</p> <p>А. Отсутствие каких-либо неприятных ощущений в животе</p> <p>Б. Единичные, быстро проходящие, не причиняющие беспокойства, не мешающие работе ощущения в животе — подсасывание в подложечной области, чувство легкого голода, периодическое умеренное «урчание» в животе</p> <p>В. Выраженные неприятные ощущения в животе — боли, снижение аппетита, подташнивание, чувство жажды</p>	
9	<p>Проявление со стороны органов дыхания:</p> <p>А. Отсутствие каких-либо ощущений</p> <p>Б. Увеличение глубины и учащение дыхания, не причиняющие беспокойства и не мешающие работе</p> <p>В. Значительные изменения дыхания — одышка, чувство недостаточности вдоха, «комок в горле»</p>	
10	<p>Проявления со стороны выделительной системы:</p> <p>А. Отсутствие каких-либо изменений</p> <p>Б. Умеренная активизация выделительной функции — более частое, чем обычно, желание воспользоваться туалетом при полном сохранении способности воздержаться (терпеть)</p> <p>В. Резкое учащение позывов в туалет, трудность или невозможность воздержаться</p>	
11	<p>Состояние потоотделения:</p> <p>А. Обычное потоотделение, без каких-либо изменений</p> <p>Б. Умеренное усиление потоотделения</p> <p>В. Появление обильного холодного пота</p>	
12	<p>Состояние слизистой оболочки полости рта:</p> <p>А. Обычное состояние, без каких-либо изменений</p> <p>Б. Умеренное увеличение слюноотделения</p> <p>В. Ощущение сухости во рту</p>	

13	Окраска кожных покровов: А. Обычная окраска кожи лица, рук, шеи Б. Покраснение кожи лица, рук, шеи В. Побледнение кожи лица, рук, шеи, появление на коже «мраморного» (пятнистого) оттенка	
14	Восприимчивость к внешним раздражениям, чувствительность: А. Отсутствие каких-либо изменений, обычная чувствительность Б. Умеренное повышение чувствительности, восприимчивости к внешним раздражениям, не отвлекающее от работы В. Резкое обострение чувствительности, отвлекаемость, фиксация на посторонних раздражителях	
15	Чувство уверенности в себе, в своих силах: А. Обычное состояние, отсутствие каких-либо изменений Б. Повышение уверенности в себе, вера в успех В. Чувство неуверенности в себе, ожидание неудачи, провала	
16	Настроение: А. Обычное, неизмененное настроение Б. Приподнятое, повышенное настроение, чувство подъема, приятного удовлетворения деятельностью, работой В. Сниженное настроение, чувство подавленности	
17	Особенности сна: А. Нормальный, обычный сон Б. Крепкий, освежающий сон накануне В. Беспокойный, с частыми пробуждениями и сновидениями сон в течение нескольких ночей, в том числе и накануне	
18	Особенности эмоционального состояния в целом: А. Отсутствие каких-либо изменений в сфере чувств и эмоций Б. Чувство озабоченности, ответственности, появление азарта, положительно окрашенной злости В. Чувство страха, паники, отчаяния	
19	Помехоустойчивость: А. Обычное состояние, без каких-либо изменений Б. Повышение помехоустойчивости в работе, способность работать в условиях шума, других помех и отвлекающих раздражителей В. Значительное снижение помехоустойчивости, неспособность работать при наличии отвлекающих раздражителей	

20	<p>Особенности речи:</p> <p>А. Обычная, неизмененная речь</p> <p>Б. Повышение речевой активности, увеличение громкости голоса, ускорение речи без ухудшения ее качества (грамотности, логичности)</p> <p>В. Нарушение речи — появление длительных пауз, запинок, увеличение количества лишних слов, слишком тихая речь</p>	
21	<p>Общая оценка психического состояния:</p> <p>А. Обычное, неизмененное состояние</p> <p>Б. Состояние внутренней собранности, повышенной готовности к работе, подъем душевных сил, мобилизованность, высокий психический тонус</p> <p>В. Чувство усталости, безразличия, рассеянности, несобранности, апатии, снижение психического тонуса</p>	
22	<p>Особенности памяти:</p> <p>А. Обычная, неизмененная память</p> <p>Б. Улучшение памяти, легко вспоминается то, что необходимо вспомнить в данный момент</p> <p>В. Ухудшение памяти</p>	
23	<p>Особенности внимания:</p> <p>А. Обычное внимание, без каких-либо изменений</p> <p>Б. Улучшение способности к сосредоточению, отвлечение от посторонних дел</p> <p>В. Ухудшение внимания, неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, отвлекаемость</p>	
24	<p>Сообразительность:</p> <p>А. Обычная сообразительность, без каких-либо изменений</p> <p>Б. Улучшение сообразительности, высокая находчивость</p> <p>В. Растворимость, ухудшение сообразительности</p>	
25	<p>Умственная работоспособность:</p> <p>А. Обычная умственная работоспособность</p> <p>Б. Повышение умственной работоспособности</p> <p>В. Значительное снижение умственной работоспособности, быстрая умственная утомляемость</p>	
26	<p>Явление психического дискомфорта:</p> <p>А. Отсутствие каких-либо неприятных ощущений и переживаний, связанных с психическим состоянием</p> <p>Б. Единичные, слабовыраженные изменения психического состояния, не мешающие работе и не причиняющие беспокойства, чувство психического комфорта</p> <p>В. Резко выраженные и многочисленные проявления психического дискомфорта, неприятное общее психическое состояние, ухудшение самочувствия, мешающее работе</p>	

27	Степень распространенности (генерализованности) признаков напряжения: А. Единичные и слабо выраженные признаки напряжения, не привлекающие к себе внимания Б. Отчетливые признаки напряжения, которые сопутствуют повышенной работоспособности и успешной деятельности В. Большое количество разнообразных неприятных проявлений нервно-психического напряжения, наблюдающихся со стороны многих органов и систем организма и существенно мешающих работе	
28	Частота возникновения состояния напряжения: А. Напряжение возникает очень редко Б. Напряжение развивается часто, но только при наличии реально трудных ситуаций В. Напряжение развивается весьма часто и нередко в тех случаях, когда для него нет достаточных причин	
29	Продолжительность состояния нервно-психического напряжения: А. Напряжение продолжается очень короткий срок и полностью исчезает, как только миновала сложная ситуация Б. Напряжение продолжается в течение всего периода пребывания в условиях сложной ситуации и выполнения работы В. Напряжение длится необычайно долго (несколько часов и более) и не прекращается даже после исчезновения трудной ситуации	
30	Общая степень выраженности напряжения: А. Полное отсутствие напряжения либо весьма слабая его степень Б. Умеренно выраженное напряжение В. Резко выраженное, чрезмерное нервно-психическое напряжение	

Обработка результатов и их характеристика. После заполнения испытуемым правой части опросника производится подсчет набранных баллов. При этом за знак «+», поставленный против подпункта А, начисляется 1 очко; поставленный против подпункта В, начисляется 2 очка; поставленный против подпункта Б, начисляется 3 очка. Максимальное количество очков, которое может набрать испытуемый, равно 90, минимальное количество равно 30 баллам, когда испытуемый отрицает наличие у себя каких-либо проявлений нервно-психического напряжения.

Таблица Характеристики трех степеней НПН по данным опросника (Немчин)

Показатель	Пол	Первая степень НПН	Вторая степень НПН	Третья степень НПН
		ИН < 42,5	42,6 > ИН < 75	ИН > 75
Направленность изменений	М	Без заметных сдвигов	Активизация, повышение продуктивности деятельности	Дезорганизация, снижение продуктивности деятельности
	Ж	Без заметных сдвигов	Активизация, повышение продуктивности деятельности	Дезорганизация, снижение продуктивности деятельности
Особенности психического состояния	М	Устойчивая сохранность характеристик психической деятельности	Активизация когнитивной деятельности на фоне менее выраженного эмоционального подъема	Дезорганизация психической деятельности на фоне менее выраженных нарушений в эмоциональной сфере
	Ж	Меньшая устойчивость психической деятельности	Активизация когнитивной деятельности на фоне выраженного эмоционального подъема	Дезорганизация психической деятельности на фоне выраженных нарушений в эмоциональной сфере
Особенности соматического состояния	М	Меньшая устойчивость характеристик соматического состояния	Активизация соматических функций Сдвиг в сторону симпатикотонии	Дезорганизация соматических функций
	Ж	Устойчивая сохранность характеристик соматического состояния	Активизация соматических функций Менее выражена симпатикотония	Менее выраженная дезорганизация соматических функций
Общая оценка состояния	М	Ощущение психического комфорта	Ощущение подъема, мобилизованности, готовности к работе	Ощущение физического дискомфорта Менее выражен психический дискомфорт
	Ж	Ощущение психического комфорта	Ощущение подъема, мобилизованности, готовности к работе	Ощущение физического дискомфорта Менее выражен физический дискомфорт

Согласно статистическим данным, представленным Т. А. Немчиным, по сумме набранных очков индексу НПН (ИН) выделяются три степени НПН и их характеристики (табл. 2.1).

ИН < 42,5 – первая степень НПН – относительная сохранность характеристик психического и соматического состояния.

42,6 > ИН < 75 – вторая степень НПН – ощущение подъема, готовности к работе и сдвиг в сторону симпатикотонии.

ИН > 75 – третья степень НПН – дезорганизация психической деятельности и снижение продуктивности деятельности.

На всех стадиях НПН имеются определенные различия между мужчинами и женщинами.

Диагностика состояния стресса *K. Шрайнер*

Вводные замечания

При искренних ответах методика позволяет определить уровни стрессового состояния и может быть использована при аутодиагностике.

Инструкция: обведите кружком номера тех вопросов, на которые вы отвечаете положительно.

1. Я всегда стремлюсь делать работу до конца, но часто не успеваю и вынужден(а) наверстывать упущенное.
2. Когда я смотрю на себя в зеркало, я замечаю следы усталости и переутомления на своем лице.
3. На работе и дома – сплошные неприятности.
4. Я упорно борюсь со своими вредными привычками, но у меня не получается.

5. Меня беспокоит будущее.
6. Мне часто необходим алкоголь, сигареты или снотворное, чтобы расслабиться после напряженного дня.
7. Вокруг происходят такие перемены, что голова идет кругом.
8. Я люблю свою семью и друзей, но часто вместе с ними я испытываю скуку и пустоту.
9. В жизни я ничего не достиг(ла) и часто испытываю разочарование в самом(ой) себе.

Обработка результатов и их характеристика. Подсчитывается количество положительных ответов. Каждому ответу «да» присваивается 1 балл.

0–4 балла. Вы ведете себя в стрессовой ситуации довольно сдержанно и умеете регулировать свои собственные эмоции.

5–7 баллов. Вы всегда правильно ведете себя в стрессовой ситуации. Иногда вы умеете сохранять самообладание, но бывают такие случаи, когда вы заводитесь из-за пустяка и потом об этом жалеете. Вам необходимо заняться выработкой своих индивидуальных приемов самоконтроля в стрессе.

8–9 баллов. Вы переутомлены и истощены. Вы часто теряете самоконтроль в стрессовой ситуации и не умеете владеть собой. Следствие – страдаете и вы, и окружающие вас люди. Развитие у себя умений саморегуляции в стрессе – сейчас ваша главная жизненная задача.

Методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» В. Жмуров

Вводные замечания

Одной из причин возникновения депрессивных состояний является истощение нервно-психического потенциала вследствие продолжительного стресса или психотравмы. Депрессия – специфическое аффективное состояние индивида, которое характеризуется отрицательными эмоциями, а также трансформацией мотивационной, когнитивной и поведенческой сфер. В состоянии депрессии индивид испытывает мучительно–тяжелые переживания, такие как тоска, отчаяние, страхи, подавленность, чувство вины за прошлые события, беспомощность–инфантальность перед лицом жизненных трудностей. Депрессивные состояния, как правило, характеризуются сниженной самооценкой, скептицизмом, склонностью никому не доверять, безынициативностью, утомляемостью, падением активности и др. Методика позволяет дифференцировать шесть состояний – уровней депрессии: апатия, гипотимия, дисфория, растерянность, тревога, страх.

Опросник

Инструкция: из каждой группы показаний выберите и обведите вариант ответа 0, 1, 2 или 3, который в наибольшей степени характеризует ваше состояние.

№ п/п	Описание состояния	Варианты ответов
1	Мое настроение сейчас не более подавлено (печально), чем обычно	0
	Пожалуй, оно больше подавлено (печально), чем обычно	1
	Да, оно более подавлено (печально), чем обычно	2
	Мое настроение намного более подавлено (печально), чем обычно	3

№ п/п	Описание состояния	Варианты ответов
2	У меня сейчас нет тоскливого (траурного) настроения У меня иногда бывает такое настроение У меня часто бывает такое настроение Такое настроение бывает у меня постоянно	0 1 2 3
3	Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня У меня иногда бывает такое чувство У меня часто бывает такое чувство Я постоянно чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня	0 1 2 3
4	У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик У меня иногда бывает такое чувство У меня часто бывает такое чувство Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик	0 1 2 3
5	У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась) У меня иногда бывает такое чувство У меня часто бывает такое чувство Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась)	0 1 2 3
6	У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело У меня иногда бывает такое состояние У меня часто бывает такое состояние Я постоянно нахожусь в таком состоянии	0 1 2 3
7	Я чувствую себя спокойно за свое будущее, как обычно Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно	0 1 2 3
8	В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно В своем прошлом я вижу значительно больше плохого, чем обычно В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно	0 1 2 3
9	Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно	0 1 2 3
10	Я боязлив(а) не более обычного Я боязлив(а) несколько более обычного Я боязлив(а) значительно более обычного Я боязлив(а) намного более обычного	0 1 2 3

№ п/п	Описание состояния	Варианты ответов
11	Я радуюсь хорошему, как и прежде Я чувствую, что хорошее радует меня несколько меньше прежнего Оно радует меня значительно меньше прежнего Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего	0 1 2 3
12	У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна У меня иногда бывает такое чувство У меня часто бывает такое чувство Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна	0 1 2 3
13	Я обидчив(а) не более, чем обычно Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно Я обидчив(а) намного больше, чем обычно	0 1 2 3
14	Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше Я получаю такого удовольствия несколько меньше, чем раньше Я получаю такого удовольствия значительно меньше, чем раньше Я не получаю теперь удовольствия от приятного	0 1 2 3
15	Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а) Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а) Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а)	0 1 2 3
16	Если что-то у меня не так, я виню себя не больше, чем обычно Я виню себя за это несколько больше обычного Я виню себя за это значительно больше обычного Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного	0 1 2 3
17	Обычно у меня не бывает ненависти к себе Иногда я ненавижу себя Часто бывает, что я себя ненавижу Я постоянно чувствую, что ненавижу себя	0 1 2 3
18	У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах У меня иногда теперь бывает это чувство У меня часто бывает теперь это чувство Это чувство у меня теперь не проходит	0 1 2 3
19	Я виню себя за проступки других не больше обычного Я виню себя за них несколько больше обычного Я виню себя за них значительно больше обычного За проступки других я виню себя намного больше обычного	0 1 2 3
20	Состояния, когда все кажется бессмысленным, у меня обычно не бывает Иногда у меня бывает такое состояние У меня бывает такое состояние Это состояние у меня теперь не проходит	0 1 2 3

№ п/п	Описание состояния	Варианты ответов
21	У меня никогда не бывает чувства, что я заслужил(а) свою кару У меня иногда бывает такое чувство Такое чувство бывает у меня часто Это чувство у меня теперь практически не проходит	0 1 2 3
22	Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде	0 1 2 3
23	Обычно я думаю, что во мне плохого больше, чем у других Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других Я часто так думаю Я постоянно думаю, что во мне плохого больше, чем у других	0 1 2 3
24	У меня не бывает желания умереть Это желание у меня иногда бывает Это желание у меня бывает теперь часто Это теперь постоянное мое желание	0 1 2 3
25	Я никогда не плачу Я иногда плачу Я плачу часто Я хочу плакать, но слез у меня уже нет	0 1 2 3
26	Я не чувствую, что я раздражителен(на) Я раздражителен(на) несколько больше обычного Я раздражителен(на) значительно больше обычного Я раздражителен(на) намного больше обычного	0 1 2 3
27	У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций Иногда у меня бывает такое состояние У меня часто бывает такое состояние Это состояние у меня теперь не проходит	0 1 2 3
28	Моя умственная активность никак не изменилась Я чувствую теперь какую-то «неясность» в своих мыслях Я чувствую теперь, что я сильно «отупела(ла)», («в голове мало мыслей») Я совсем ни о чем теперь не думаю («голова пустая»)	0 1 2 3
29	Я не потерял(ла) интерес к другим людям Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился У меня совсем пропал интерес к людям («никого не хочу видеть»)	0 1 2 3
30	Я принимаю решения, как и обычно Мне труднее принимать решения, чем обычно Мне намного труднее принимать решения, чем обычно Я уже не могу сам(а) принять никаких решений	0 1 2 3

31	Я не менее привлекателен(на), чем обычно Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно Я не менее привлекателен(на), чем обычно Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно	0 1 2 3
32	Я могу работать, как обычно Мне несколько труднее работать, чем обычно Мне значительно труднее работать, чем обычно Я совсем не могу теперь работать («все валится из рук»)	0 1 2 3
33	Я сплю не хуже, чем обычно Я сплю несколько хуже, чем обычно Я сплю значительно хуже, чем обычно Теперь я совсем не сплю	0 1 2 3
34	Я устаю не больше, чем обычно Я устаю несколько больше, чем обычно Я устаю значительно больше, чем обычно У меня уже нет никаких сил что-то делать	0 1 2 3
35	Мой аппетит не хуже обычного Мой аппетит несколько хуже обычного Мой аппетит значительно хуже обычного Аппетита у меня теперь совсем нет	0 1 2 3
36	Мой вес остается неизменным Я немного похудел(ла) в последнее время Я заметно похудел(ла) в последнее время В последнее время я очень похудел(ла)	0 1 2 3
37	Я дорожу своим здоровьем, как и обычно Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно Я совсем не дорожу своим здоровьем	0 1 2 3
38	Я интересуюсь сексом, как и прежде Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде Я полностью потерял(ла) интерес к сексу	0 1 2 3
39	Я не чувствую, что мое Я как-то изменилось Теперь я чувствую, что мое Я несколько изменилось Теперь я чувствую, что мое Я значительно изменилось Мое Я так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а)	0 1 2 3
40	Я чувствую боль, как и обычно Я чувствую боль сильнее, чем обычно Я чувствую боль слабее, чем обычно Я почти не чувствую теперь боли	0 1 2 3
41	Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно	0

	Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного	1 2 3
42	Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи Утром мое настроение значительно хуже, чем к ночи Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи	0 1 2 3
43	У меня не бывает спадов настроения весной (осенью) Такое однажды со мной было Со мной такое было два или три раза Со мной было такое много раз	0 1 2 3
44	Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца Подавленное настроение у меня может длиться месяцами Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше	0 1 2 3

Обработка и интерпретация результатов. Определяется сумма всех отмеченных вариантов (баллов) ответов. В соответствии с данной суммой производится оценка *степени выраженности депрессии*.

1–9 баллов – депрессия отсутствует или очень незначительна;

10–24 баллов – депрессия минимальна;

25–44 балла – легкая депрессия;

45–67 баллов – умеренная депрессия;

68–87 баллов – выраженная депрессия;

88 баллов и более – глубокая депрессия.

Качественная характеристика депрессивных состояний

Апатия. Состояние безучастности, равнодушия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам на будущее. Это стойкое или проходящее тотальное выпадение как высших и социальных чувств, так и врожденных эмоциональных программ.

Гипотимия (сниженное настроение). Аффективная подавленность в виде опечаленности, тоскливости с переживанием потери, безысходности, разочарования, обреченности, ослабления привязанности к жизни.

Положительные эмоции при этом поверхностны, быстро истощаемы, могут полностью отсутствовать.

Дисфория («плохо переношу», несу плохое, дурное). Мрачность, озлобленность, враждебность, угрюмое настроение с ворчливостью, брюзжанием, недовольством, неприязненным отношением к окружающим, вспышками раздражения, гнева, ярости с агрессией и разрушительными действиями.

Растерянность. Острое чувство неумения, беспомощности, непонимания самых простых ситуаций и изменений своего психического состояния. Типичны сверхизменчивость, неустойчивость внимания, вопрошающее выражение лица, позы и жесты озадаченного и крайне неуверенного человека.

Тревога. Неясное, непонятное самому человеку чувство растущей опасности, предчувствия катастрофы, напряженное ожидание трагического исхода. Эмоциональная энергия действует столь мощно, что возникают своеобразные физические ощущения: «внутри все сжалось в комок, напряглось, натянулось как струна, вот-вот порвется, лопнет...»

Страх. Разлитое состояние, переносимое на все обстоятельства и проецирующееся на все в окружающем. Страх также может быть связан с определенными ситуациями, объектами, лицами и выражаться переживанием опасности, непосредственной угрозы

жизни, здоровью, благополучию, престижу и др. Может сопровождаться своеобразными физическими ощущениями, свидетельствующими о внутренней концентрации энергий: «внутри похолодело», оборвалось», «шевелятся волосы», сковало грудь» и т. п.

Символдрама: мотив «цветок»

Символдрама мотив цветок: пошаговая инструкция визуализации



Личное появление в ходе сеанса неприятных нам людей, а также проявление наших страхов и травм во плоти, всегда вызывает сопротивление. Поэтому символдрама учит работать с ними в образе символов, метафор. Так естественно работает физиологический сон, «показывая» нам переведённые на язык правого полушария события нашей жизни.

Однако, для того чтобы научиться глубокой релаксации и визуализации, необходимой для символдрамы, нужно начинать с малого. В предыдущей статье, посвящённой символдраме, мы говорили о том, что любой сеанс начинается с небольшой разминки - входления в образ луга. Но прежде чем приступить к полноценной визуализации, нужно проработать самый простой мотив - мотив «ЦВЕТОК». Не бойтесь экспериментировать, представить себе цветок в состоянии даже пациенты с тяжёлыми нарушениями.

Мотив «Цветок»: Пошаговая инструкция визуализации

Представьте себе тот цвет, который в данный момент соответствует Вашему эмоциональному состоянию.

Представьте себе, как этот цвет начинает пульсировать, то сжимаясь, то увеличиваясь в размерах, высвобождая пространство для фона другого цвета.

Представьте себе цвет фона, на котором пульсирует и переливается первоначальный цвет. Какой он? В конце этого этапа у Вас уже есть предварительный размытый образ «цветка» на некоем фоне.

Пульсирующий цвет начинает менять очертания и приобретает форму - это и будет форма Вашего цветка. Обратите внимание на центр этого пульсирующего цветового сгустка - он должен иметь другой цвет. Какой он? От этого центра во все стороны разбегаются лучи, разделяя Ваш цветок на лепестки. В конце этапа у Вас уже появляется сформированный цветок, у которого есть сердцевина и лепестки.

Образ цветка, созданный Вами, формируется дальше, он приобретает глубину, трёхмерность, так создаётся - чашечка. Загляните вглубь чашечки цветка. Что Вы там видите? Каков запах? Что чувствует Ваш нос?

Отойдите от цветка далеко-далеко, увидьте его маленьким, на придуманном Вами фоне. Как выглядит цветок издалека? На что он похож? Есть ли у него название?

Где растёт Ваш цветок? Есть ли у него стебель, листья, корни? В какой почве Вы его разместили? Цветок может вполне как бы «зависать в воздухе», будучи совершенно абстрактным и не иметь связи с почвой.

Что Вы видите рядом с образом цветком? Что его окружает? Есть ли вокруг него животные, насекомые, люди? Не угрожает ли что-нибудь цветку? Если да, то как Вы его защитите? Вы можете пересадить его в более безопасное место, можете окружить защитой в виде забора или садовой ограды...

Итак, любое препятствие, которое возникает в ходе визуализации, это проблема, вытащенная на поверхность из подсознания. Начинайте «работать» с препятствием и устранять его, пока Вы «там» - это будет иметь сильнейший терапевтический эффект «здесь».

Сеанс символдрамы всегда заканчивается так:

Вы с силой сжимаете и разжимаете кулаки и пальцы ног.

Делаете несколько энергичных движений руками и ногами.

Хлопаете в ладоши.

С силой зажмуриваетесь и широко раскрываете глаза.

В конце сеанса символдрамы нарисуйте (подробно или схематично, но быстро!) тот цветок, который у Вас получился и отложите рисунок в сторону. Вы вернётесь к этому рисунку на следующем сеансе, через несколько дней, когда будете работать с цветком во второй раз. Оцените тогда своё предыдущее состояние и начинайте новый сеанс визуализации. Скорее всего Вы начнёте представлять себе уже совсем другой цветок. После окончания второго сеанса так же зарисуйте то, что у Вас получилось. А через несколько дней сравните рисунки. Вы должны увидеть положительную динамику.

Мотив «Цветок»: Признаки нормы и отклонения от нормы в ходе визуализации

Отклонения от нормы:

1. Искусственные цветы, особенно ярких, вызывающих окрасок

2. Цветы из железа, стали, чёрные цветы и тому подобные фантастические сюжеты.
3. Цветы, вызывающие страх, отвращение и гадливость у самого же пациента.
4. Невозможность сосредоточиться на одном цветке, постоянное изменение его формы, быстрая смена образов нескольких цветов.
5. Быстрое увядание представленного цветка, опадание листьев и лепестков.
6. Цветок как бы висит в воздухе, не имея почвы.

У многих, кто работает с образом цветка, может возникнуть одна из распространённых проблем: сознание не в силах сконцентрироваться на одном цветке, образы постоянно сменяют друг друга. Тогда нужно мысленно дотронуться пальцем до выбранного цветка и начать тактильно его обследовать. Как правило, после этого фиксируется один выбранный образ.

Признаки нормы:

Яркие, естественных тонов, настоящие цветы, которые легко узнаются - ромашка, роза, колокольчик и т.д. Признаком нормы и очень богатого воображения также считается цветок-гибрид, смесь двух настоящих цветов. Признаком нормы считается цветок, который вызывает радость у того, кто его воображает, находящийся в заполненном ландшафте, не зависающий в «пустоте».

После того, как у Вас, наконец, получится полноценная визуализация по мотиву «Цветок», Вы можете заметить, что некоторые проблемы, давившие на Вас подспудно, вышли наружу и перестали Вам досаждать.

Однако, Цветок - это всего лишь тренировка способности вашего воображения к визуализации. Настоящее решение проблем обусловлено столкновением Вас с самыми близкими Вам архетипическими сюжетами. Для кого-то это будет подъём на гору и панорама, открывающаяся с горы, для кого-то встреча с Существом на опушке леса, а для кого-то - обследование дома.

Образ цветка заменяет в символдраме традиционную медитацию на пламя свечи, которую, в отличие от символдрамы проводят в реальности и с открытыми глазами.

Если Вам трудно сосредоточиться, начните с этой классической медитации - медитируйте на свечу, и вскоре из её пламени к Вам будут приходить образы. А первым из них, вероятней всего, окажется образ цветка.

Запомните, без развитого навыка визуализации, любая практика позитивного мышления остаётся словами, написанными на бумаге.

Приложение 2

Анкета информированности населения по вопросам диабета

Анкета информированности населения по вопросам диабета

		Напротив	
№ пп	Вопросы	Варианты ответов	Чтобы не заставить галочку
1.	Возраст	1.1 от 18 до 25 лет	
		1.2 от 25 до 35 лет	
		1.3 от 35 до 45 лет	
		1.4 от 45 до 60 лет	
		1.5 свыше 60 лет	
2.	Пол	2.1 Мужской	
		2.2 Женский	
3.	Известно ли Вам о группах риска развития сахарного диабета?	3.1 Да	
		3.2 Нет	
4.	Какие меры по предотвращению развития риска сахарного диабета Вы стараетесь предпринимать в своей повседневной жизни?	4.1 Гравийно, обалансировано питаться, избегать излишнего употребления сладостей и жирной пищи, следить за весом	Затрудняюсь ответить
		4.2 Вести физически активный образ жизни	
		4.3 Отказываться от вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков)	
		4.4 Ежегодный анализ крови на сахар в возрасте старше 40 лет	
5.	Считаете ли Вы себя в целом здоровым человеком?	4.5 Всё вышеуказанные	
		4.6 Не делаю ничего	
		4.7 Затрудняюсь ответить	
5.	Считаете ли Вы себя в целом здоровым человеком?	5.1 Да	
		5.2 Нет	
		5.3 Затрудняюсь ответить	

Что необходимо знать о сахарном диабете?

Более 150 миллионов человек во всем мире страдают от этой опасной болезни, причем около 8 миллионов из них – в России.

Главным гормоном, отвечающим за нормальный уровень сахара в крови, является инсулин. Именно инсулин обеспечивает поступление глюкозы во все клетки организма и отвечает за регуляцию обмена белков, способствуя их синтезу из аминокислот.

Сахарный диабет делится на:

1 тип. Первый тип чаще встречается у детей, подростков, людей молодого возраста, имеется нехватка инсулина, отмечается значительное повышение уровня сахара в крови, появляется глюкоза в моче. К основным промываним болезни относятся: повышенная жажда, больное мочевыделение, повышенный аппетит, больные обязательно быстро худеют и испытывают постоянную слабость.

2 тип сахарного диабета в основном встречается у взрослых. Обычно у этих пациентов развивается медленно, пациент может их не замечать, длительное время может не возникать снижение веса, иногда даже масса тела продолжает увеличиваться. На фоне основной болезни, у этих пациентов развиваются сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, ишемическая болезнь), снижается зрение, появляются судороги в конечностях, расстройства в работе почек (некропатия), появляется артериальное давление (гипертония). Пожалуй отметить, что к сахарному диабету имеется наследственная предрасположенность.

Эффективное лечение сахарного диабета включает в себя:

1. соблюдение определенных правил питания, которые различаются для пациентов с различными типами сахарного диабета, и индивидуально обсуждаются каждым пациентом с врачом;
2. дозированное физическое нагрузки – рекомендуются в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний и течения сахарного диабета;
3. медикаментозная терапия (инсулин, различные виды сахароснижающих таблеток) – подбираются врачом;
4. самоконтроль (результаты самоконтроля глюкозы крови, записи в дневнике самоконтроля – обсуждаются с врачом).

Определите у себя риск возникновения диабета или предиабета!
 /Выберите один, наиболее подходящий для Вас ответ, и подсчитайте сумму баллов/
 1. Ваш возраст:
 До 45 лет - 0 баллов; 45-54 лет - 2 балла; старше 65 лет - 4 балла
 2. Индекс массы тела: Определите, есть ли у Вас избыточный вес. Для этого применяется показатель индекса массы тела (ИМТ): ИМТ = масса тела в кг / рост в м².
 Например: у человека масса тела 95 кг при росте 1,72, ИМТ = 95 / (1,72 x 1,72) = 95 / 2,95 = 32,2
 Ваш вес _____ кг, ваш рост _____ м. Возведите показатель роста в квадрат (рост в м²). Ваш ИМТ в кг/м² = _____

Если ИМТ ниже 25 кг/м² - 0 баллов; 25-30 кг/м² - 1 балл; более 30 кг/м² - 3 балла.
 3. Объем талии: Объем талии также указывается на напечатке у человека такого

избыточного веса, которое очень опасно в плане развития диабета. Измеряется объем талии на уровне пупка.		6. Есть ли у Вас родственники, которые болеют диабетом?		6.1 Да																																					
Женщины Мужчины Менее 94 см 94 - 102 см Более 102 см		7. Проводилось ли у Вас измерение уровня сахара крови за последний год?		6.2 Нет 6.3 Затрудняюсь ответить																																					
Менее 80 см 80 - 88 см Более 88 см		8. Употребляете ли Вы табак и алкоголь?		7.1 Да, по собственной инициативе 7.2 Да, по назначению врача 7.3 Нет																																					
4. Как часто Вы едите овощи, фрукты или ягоды? Каждый день - 0 баллов; Не каждый день - 1 балл.		9. Считаете ли Вы, что у Вас есть риск заболеть сахарным диабетом?		8.1 Да 8.2 Нет																																					
5.Вы регулярно занимаетесь физическими упражнениями? Делаете ли Вы физические упражнения по 30 минут каждый день или по 3 часа в течение недели ежедневно и постоянно? Да - 0 баллов; Нет - 2 балла.		10. Знаете ли Вы признаки, характерные для диабета?		9.1 Да 9.2 Нет 9.3 Затрудняюсь ответить																																					
6. Повышается ли у Вас артериальное давление? Нет - 0 баллов; Да - 2 балла.		11. Хотели бы Вы сдать кровь для определения уровня сахара, чтобы исключить у себя возникновение диабета?		10.1 Да 10.2 Нет 11.1 Да 11.2 Нет																																					
7. Определены ли у вас когда-либо повышенный уровень сахара в крови (на профосмотре, во время болезни, случайно или во время беременности)? Нет - 0 баллов; Да - 5 баллов.		12. Как Вы предполагаете, какие осложнения заболевания могут возникнуть в случае отсутствия лечения?		11.3 Затрудняюсь ответить 12.1 Проблемы с ногами 12.2 Снижение мышечной активности 12.3 Инфаркт, инсульт																																					
8. Были ли у Ваших родственников сахарный диабет 1 или 2 типа? 3 балла; Нет - 0 баллов; Да: девушка/бабушка, тетя/дядя, двоюродные братья/сестры – Да: родители, брат/сестра или собственный ребенок - 5 баллов.		13. Откуда Вы получаете информацию о диабете?		12.4 Снижение уровня зрения 12.5 Все вышеописанное 12.6 Затрудняюсь ответить																																					
9. Общее количество баллов _____				13.1 От людей 13.2 Из средств массовой информации, телевидения, Интернета 13.3 От врача и других медицинских работников 13.4 Из печатных средств (газет, журналов, брошюр)																																					
<p>Ваш риск развития сахарного диабета 2 типа в течение ближайших 10 лет:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Общее количество баллов</th> <th colspan="2">Уровень риска СД 2</th> <th colspan="2">Вероятность развития СД 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Не менее 7</td> <td colspan="2">Низкий риск</td> <td colspan="2">1 из 100 или 1%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">7-11</td> <td colspan="2">Слабка повышенная</td> <td colspan="2">1 из 25 или 4%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">12-14</td> <td colspan="2">Умеренный</td> <td colspan="2">1 из 6 или 7%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">15-20</td> <td colspan="2">Высокий риск</td> <td colspan="2">1 из 3 или 33%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">более 20</td> <td colspan="2">Очень высокий риск</td> <td colspan="2">1 из 2 или 50%</td> </tr> </tbody> </table> <p>• Если Вы набрали менее 12 баллов, у Вас хороший здоровье и Вам надо продолжать здоровый образ жизни. • Если Вы набрали 12 - 14 баллов, у Вас возможен предиабет. Вам необходимо пониматься у Вашего врача об изменении образа жизни! • Если Вы набрали 15 - 20 баллов, то у Вас возможен предиабет или сахарный диабет 2 типа. Вам необходимо срочно проверить уровень сахара, холестерина в крови и изменить свой образ жизни! Вероятно, что понадобится лекарства для контроля уровня сахара в крови, обратитесь к врачу!</p> <p>• Если Вы набрали более 20 баллов, по всей вероятности у Вас уже имеется сахарный диабет 2 типа. Чтобы сохранить свое здоровье и работоспособность, Вам необходимо контролировать уровень сахара в крови и изменить свой образ жизни. Вам необходимы лекарства для управления диабетом. Срочно обратитесь к врачу!</p> <p>• Мы понимаем, что Вы не можете изменить Ваш возраст или наследственную предрасположенность к диабету. Однако Вы можете изменить Ваш образ жизни и тем самым снизить риск развития этого заболевания!</p>						Общее количество баллов		Уровень риска СД 2		Вероятность развития СД 2		Не менее 7		Низкий риск		1 из 100 или 1%		7-11		Слабка повышенная		1 из 25 или 4%		12-14		Умеренный		1 из 6 или 7%		15-20		Высокий риск		1 из 3 или 33%		более 20		Очень высокий риск		1 из 2 или 50%	
Общее количество баллов		Уровень риска СД 2		Вероятность развития СД 2																																					
Не менее 7		Низкий риск		1 из 100 или 1%																																					
7-11		Слабка повышенная		1 из 25 или 4%																																					
12-14		Умеренный		1 из 6 или 7%																																					
15-20		Высокий риск		1 из 3 или 33%																																					
более 20		Очень высокий риск		1 из 2 или 50%																																					

Спасибо за внимание. Желаем Вам здоровья, оно в наших руках!