

ЗНМА относительно другой; 2) расстояние между ЗНМА не более 5 мм; 3) разница в диаметре между ЗНМА до 1:2 [7].

Для оценки всех вышеуказанных параметров необходимо одновременное контрастирование обеих позвоночных артерий. Данная методика не применяется рутинно в широкой практике, вследствие чего нам доступен только один из параметров – диаметр внутреннего просвета.

Таким образом, была проведена оценка соотношения между ЗНМА у каждого пациента, допустимым значением считалось соотношение до 1:2.

Данный критерий был обчислен для пары ЗНМА – ЗНМА у каждого пациента. Согласно результатам подобные значения встречались у 135 (90%) пациентов. Однако, как указывалось выше, это только 1 из 3 параметров, и остальные два параметра требуют индивидуального обследования для каждого пациента.

Таким образом, использование ЦАГ для изучения строения анатомии сосудов головного мозга имеет важное практическое значение для нейрохирургов. Знание рентгенологической анатомии дает возможность дооперационного планирования проведения реконструктивных операций для лечения комплексной сосудистой патологии и удаления краниобазальных опухолей с инвазией в сосудистую стенку.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Alvernia J. E., Fraser K., Lanzino G.* The occipital artery: a microanatomical study // *Neurosurgery*. – 2006. – Feb. Vol. 58 (1 suppl).
2. *Ateş O., Ahmed A. S., Niemann D., Başkaya M. K.* The occipital artery for posterior circulation bypass: microsurgical anatomy // *Neurosurg focus*. – 2008. – Vol. 24 (2) . – P. 9.
3. *Crowley R. W., Medel R., Dumont A. S.* Operative nuances of an occipital artery to posterior inferior cerebellar artery bypass // *Neurosurg focus*. – 2009. – May. Vol. 26 (5). – P. 19.
4. *Earnest F 4th, Forbes G., Sandok B. A., Piepgras D. G., Faust R. J., Ilstrup D. M., Arndt L. J.* Complications of cerebral angiography: prospective assessment of risk // *AJR. am. j. roentgenol.* – 1984. – Feb. Vol. 142 (2). – P. 247–53.
5. *Enderectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. Executive committee for the asymptomatic carotid atherosclerosis study // JAMA*. – 1995. – May 10. Vol. 273 (18) . – P. 1421–1428.
6. *Krayenbühl H.* History of cerebral angiography and its development since EgazMoniz. In: *Egas Moniz centenary: scientific reports*. Lisbon: Comissao executiva das comemoracoes do Centenario do Nascimento do Prof. Egaz Moniz. – 1977. – P. 63–74.
7. *Korja M., Sen C., Langer D.* Operative nuances of side-to-side in situ posterior inferior cerebellar artery-posterior inferior cerebellar artery bypass procedure // *Neurosurgery*. – 2010. – Dec. Vol. 67 (2 suppl operative). – P. 471–477.

Поступила 01.04.2014

*Л. Е. ЛОЖНИКОВА, Е. О. БОЙКО, О. Г. ЗАЙЦЕВА*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ЛИЦ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Кафедра психиатрии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: Lozhnikova.L.e@gmail.com*

Представлены результаты исследования самооценки 52 пациентов с пограничными формами психических расстройств до и после проведения психотерапевтического воздействия. Раскрыты специфика проявления изменчивости самооценки, закономерности её взаимодействия с личностными особенностями лиц с депрессивными и тревожными расстройствами. Установлено, что уровень самооценки у лиц с тревожными и депрессивными расстройствами зависит не только от функционального состояния (от механизмов самооценивания и защиты определенного уровня самооценки), но и от специфичности патологических проявлений и стадий болезненного процесса.

*Ключевые слова:* самооценка, тревожные и депрессивные расстройства, психотерапевтическое воздействие.

**L. E. LOZHNIKOVA, E. O. BOYKO, O. G. ZAITSEVA**

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH SELF-DEPRESSIVE AND ANXIETY DISORDERS

*Faculty of psychiatry of the Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str., 4. E-mail: Lozhnikova.L.e@gmail.com*

The results of self-study of 52 patients with borderline forms of mental disorders before and after psychotherapeutic influence. Revealed Specific of variability of self-esteem, patterns of its interaction with the personal characteristics of persons with depressive and anxiety disorders. The level of self-esteem in individuals with anxiety and depressive disorders depends not only on the functional state (self-evaluation of the mechanisms of protection and a certain level of self-esteem) but also on the specific pathological manifestations and stages of the disease process.

*Key words:* self-esteem, anxiety and depressive disorders, psychotherapeutic influence

## **Введение**

Социально-стрессовые расстройства в широком понимании данного термина способствуют возникновению и развитию пограничных форм психической патологии. Понятие о пограничных формах психических расстройств (пограничных состояниях) в значительной мере условно. Главным образом это понятие используется для объединения нерезко выраженных нарушений, граничащих с состоянием здоровья и отделяющих его от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы [4]. Наиболее часты среди них – депрессивные и тревожные расстройства непсихотического уровня.

Стрессовые жизненные события затрагивают психологически значимые стороны человека, а именно самооценку, что существенно влияет на эффективность деятельности и на становление личности на всех этапах развития [2].

В социально-стрессовых ситуациях как никогда человек-личность нуждается в помощи психолога и психотерапевта. Самооценка – это важнейшее личностное образование, которое принимает участие в регуляции человека своей деятельностью и поведением, является центральным компонентом, формирующимся при активном участии самой личности и отражающим своеобразие внутреннего мира [5].

Вопросы влияния депрессивных и тревожных расстройств непсихотического уровня на формирование эмоционально-оценочной системы представляются крайне важными, так как находят отражение как в поведении индивида, так и в его внутренней организации [1, 3].

Цель исследования – изучение психологических особенностей самооценки лиц с депрессивными и тревожными расстройствами.

## **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось в 2013 г. в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» в отделении пограничных состояний, в котором приняли участие 52 человека, из них женщин – 39 (75,9%), мужчин – 13 (25,0%). Исследование проводилось поэтапно. Первый этап включал в себя методы, направленные на изучение анамнестических данных путем беседы и проведения анализа факторов

риска по вторичным источникам информации: медицинские документы. Сбор анамнестических данных сводился к выявлению биологических, социально-ситуационных факторов, способствующих развитию невроза. Во время первой беседы для пациентов с пограничными формами психических расстройств важно сформулировать актуальный конфликт, помочь пациенту точно определить осознаваемые им аспекты переживания трудной ситуации, укрепить активные адаптивные психологические механизмы личности в ее системе противодействия болезни. На втором этапе в рамках поставленных задач проводилось клинико-психологическое обследование. Систематика по типам и формам течения пограничных форм психических расстройств проводилась в соответствии с МКБ-10, принятой в России. Все обследуемые были осмотрены терапевтом, окулистом, неврологом в целях выявления соматической и неврологической патологии. Использовались параклинические методы исследования (биохимические анализы крови, УЗИ, ЭКГ, по показаниям применялись ЭЭГ, РЭГ). Исследование психологических особенностей обследуемых проводилось с помощью экспериментально-психологических методик до лечения и после: методика Т. Дембо – С. Рубинштейн, опросник Мини-мульти (сокращенный вариант миннесотского многомерного личностного перечня MMPI), шкала тревоги и депрессии Цунга. Пациентам, поступившим в отделение, предлагалось проходить курс лечения, и с больными начинали работать психолог и психотерапевт. Из психотерапевтических методик в исследовании применялась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, используемая в индивидуальной и групповой работе. Интенсивность психотерапевтической программы определялась продолжительностью сеансов (1–1,5 часа), насыщенностью содержания, разнообразием упражнений, методов, техник, активным участием в занятиях самого пациента. Одновременно с посещением проходило клиническое и психологическое обследование. Психологический портрет пациента составлялся по результатам всех используемых методик. Полученные данные обработаны с использованием пакета программ «STATISTICA 6.0» («Stat Soft Inc.», США).

## Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемых группах преобладали женщины – 75,9%, мужчин – 25,0%. Возрастная категория 40–49 лет преобладала и у женщин, и у мужчин – 58,97%, 46,15% соответственно, по выборке в целом – 55,76%.

Клиническая структура психопатологических расстройств по выборке в целом представлена: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 40,38% случаев, генерализованное тревожное расстройство (F 41.1) – 34,52%, кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20) встретилась в 13,46% случаев, паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога F41.0) – 11,45%.

Анализ самооценки по методике Дембо–Рубинштейн показал, что обследуемым до лечения свойственна тенденция определять свое место по шкалам «здоровье» и «настроение» ближе к нижней границе. Было выявлено, что заниженная самооценка отмечена в 75,0% случаев (до проведения лечебных мероприятий), реалистическая (адекватная) самооценка составила лишь 9,62% до лечения. Завышенная самооценка имела место в 9,62% и 5,77% случаев, достоверных различий не отмечено. Повторное исследование самооценки показало, что в ходе лечения и психотерапевтического воздействия наряду с улучшением психоэмоционального состояния достоверно ( $p \leq 0,001$ ) изменяются и особенности самооценки, а именно достоверное уменьшение случаев с заниженной самооценкой (13,46%) после проведения лечебных мероприятий, достоверное увеличение реалистической (адекватной) самооценки (80,77% случаев).

Полученные профили по методике ММРП имеют общее повышение шкалы ригидности (в рамках пограничной нормы), что свидетельствует о тенденции у пациентов к формированию рентного отношения к болезни и поиску вторичной выгоды от нее. У всех обследуемых до лечения приподнята шкала «семь», что характеризует испытуемых как сенситивных, тревожных, застенчивых, не способных принимать решения, не уверенных в себе. После лечения показатели данной шкалы не превышают максимальных значений, находятся в рамках нормы. Представлены повышения шкал невротической триады с понижением «психотических» шкал, исключая шестую. Шкала лабильности является ведущей во всех профилях. Отмечающийся подъем второй шкалы в сочетании со снижением девятой (жизненной активности) позволяет говорить о депрессивной окрашенности переживаний у всех обследуемых. Наибольшая взаимосвязь существует между шкалами ипохондричности, депрессии, лабильности, психастении.

Можно отметить, как меняется самооценка уровня тревожности и уровня депрессии лиц с депрессивными и тревожными расстройствами в зависимости не только от специфичности патологических проявлений, но и от стадий заболевания: низкий уровень тревожности был в 13,46% случаев на первом этапе исследования при поступлении, т. е. до лечения, и достоверное ( $p \leq 0,001$ ) увеличение показателя после проведения психотерапевтических мероприятий – 63,46%, эмоциональное состояние, оценивающееся как обычное, отмечено в 5,77% случаев, после проведения психотерапевтических мероприятий отмечено достоверное увеличение – 36,54% случаев. Состояние легкой депрессии выявлено в 19,23% случаев до лечения и в 51,92% случаев после, умеренной депрессии – в 34,52% и 11,54% соответственно, явной депрессии – в 40,38% случаев лишь при поступлении, т. е. до проведения лечебных мероприятий.

Изучение самооценки лиц с депрессивными и тревожными расстройствами проводилось с учетом не только клинических проявлений болезни, но и социально-психологических показателей: нацеленность на терапию и выздоровление, внутрисемейные особенности.

Таким образом, отмечены высокие показатели как тревоги, так и депрессии, сочетающиеся с неадекватно заниженной самооценкой до проведения лечебных мероприятий, и достоверное снижение показателей после прохождения курса назначенного лечения и психотерапии, что говорит об эффективности лечебного и психотерапевтического воздействия, положительной динамике и редукции клинических симптомов. Динамическое изучение психологических свойств личности позволяет своевременно выявлять патологические личностные качества, указывающие на нарушения психологического состояния и нарастание пограничных психологических нарушений, что необходимо для наиболее адекватных мер психокоррекции и реабилитации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акарачкова Е. С., Вершинина С. В. Диагностика и ведение пациентов с депрессией в общесоматической практике // РМЖ «Неврология психиатрия». – 2011. – Т. 19. № 15 (409). – С. 987–991.
2. Кровяков В. М. Психотравматология, психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств. – М.: Наука, 2005. – 290 с.
3. Мосолов С. Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. – М.: ООО «АМА-ПРЕСС», 2009. – 63 с.
4. Пограничная психиатрия / Под ред. Ю. А. Александровского. – М.: РЛС+, 2006. – 1280 с.
5. Сидоров К. Р. Самооценка в психологии // Мир психологии. – 2006. – № 2 (46). – С. 224–234.

Поступила 29.04.2014