

# ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ **ВЕСТНИК**



# ЖУРНАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ВЕСТНИК»

Том 1 // Номер 2 // 10 мая 2016 г.

ISSN: 2499-9989

## Редакционная коллегия

Главный редактор:

**Филиппов Вадим Леонидович**,

проф., д.м.н., Санкт-Петербург

Зам. главного редактора:

**Воробьева Ольга Владимировна**,

проф., д.м.н., Москва

## Состав редколлегии:

**Бойко Е. О.**, проф., д.м.н., Краснодар

**Игумнов С. А.**, проф., д.м.н., Республика Беларусь

**Меззич Х. Е.**, prof., M.D., США

**Туркан Я.**, JUDr, Словацкая Республика

**Куташов В. А.**, проф., д.м.н., Воронеж

**Солдаткин В. А.**, проф., д.м.н., Ростов-на-Дону

**Хансон Й.**, M.D., Ph.D., Швеция

**Преображенский А.П.**, проф., д.т.н., Воронеж

**Дроздовский Ю. В.**, проф., д.м.н., Омск

**Аммон М.**, prof., Dr. phil., Dr.H.C.,

Федеративная Республика Германия

**Ретюнский К. Ю.**, проф., д.м.н.,

Екатеринбург

**Колесникова О.А.**, проф., д.э.н.,

Воронеж

**Сакисян С. Г.**, prof., M.D., Ph.D.,

Республика Армения

**Разинкин К. А.**, проф., д.т.н., Воронеж

**Доктор Р.**, prof., M.D., Великобритания

**Белоцерковский Г.**, M.D., Эстонская Республика

**Воронов А.А.**, проф., д.ю.н., Воронеж

**Якупов Э. З.**, проф., д.м.н., Казань

**Андреас Г.**, prof., M.D., Федеративная

Республика Германия

**Воронцова З. А.**, проф., д.б.н., Воронеж

**Александрович Дж.**, prof., dr.hab.med.,

Республика Польша

**Сиволап Ю. П.**, проф., д.м.н., Москва

**Трофимова Н. Б.**, проф., д.п.н., Воронеж

**Тьяно С.**, prof., Государство Израиль

**Чопоров О.Н.**, проф., д.т.н., Воронеж

## Контактная информация

**WWW.CScB.su**

Адрес для корреспонденции:

**141241, г.Пушкино, Московской области,**

**ул. Рабочая д.20, к.49**

Телефон: **+7 (473) 258-09-78**

E-mail: **CScB@list.ru**

Учредитель и издатель журнала:

**ООО «Издательство РИТМ»**

**г. Пушкино**

Тираж 300 шт.

Подписано в печать 10.05.2016

Формат 60x84 1/8

Бумага офсетная

# СОДЕРЖАНИЕ

## МЕДИЦИНА

**Анашкина Н. Н., Хабарова Т. Ю.** ..... 3  
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

**Грибков Д. А.**..... 5  
ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Игрунова Н. А., Куташов В. А.** ..... 9  
НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

**Митогуз О. А.**..... 10  
АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ПЕРЕЖИВШЕЙ ПОТЕРЮ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА

**Николаева А. А., Хабарова Т. Ю.** ..... 14  
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ  
ЗАБОЛЕВШИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Ткачева Н. В., Куташов В. А., Хабарова Т. Ю.** ..... 16  
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ОБЩЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ,  
СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СРЕДСТВАМИ АРТТЕРАПИИ

## ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ

**Власенко С. С.** ..... 20  
ПРОБЛЕМА СТОРОННИХ ЗАКАЗОВ В ОАО «РЖДСТРОЙ»

**Паненков А. А.** ..... 21  
ИННОВАЦИОННАЯ ОСНОВА ПРОЦЕССА САМООРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ

**Прохин Е. А.** ..... 22  
МОДЕЛИРОВАНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ  
ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СТРОИТЕЛЬСТВА

Материалы публикуются в авторской редакции. За содержание и достоверность статей ответственность несут авторы. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.



# СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

**Анашкина Н.Н.**

медицинский психолог

АУЗ ВО «ВОККДЦ» Дистанционный областной центр охраны здоровья

Россия, г. Воронеж

**Хабарова Т.Ю.,**

к.псих.н, доцент кафедры психиатрии и неврологии

ИДПО ГБОУ ВПО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф.

Россия, г. Воронеж

**Аннотация.** В современном, бурно развивающемся мире происходит быстрое развитие человека. С появлением новомодных профессий меняются запросы рынка труда. Заметно снижен рейтинг ряда социально значимых профессий, таких как медицинский работник. Как следствие, растет психическое, эмоциональное напряжение, которое связано со стрессом на рабочем месте. Выявляются тревога, депрессия, психосоматические расстройства, зависимости от психоактивных веществ (включая алкоголь, наркотики и др.) [1,4,6,14,16]. В последнее время люди, испытывающие такие состояния, все больше нуждаются в помощи психологов и психиатров.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, стрессоустойчивость, психологическая дисгармония, мышечная и психическая релаксация.

**Актуальность.** Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – понятие достаточно новое для отечественной психологии и психиатрии.

Причиной СЭВ является психофизическое напряжение и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Неся на себе «груз общения» врач вынужден постоянно находиться в гнетущей атмосфере чужих отрицательных эмоций [3,5,7,8,9,10,15,19].

Известно, что профессии медицинского профиля как никакие другие связаны с межличностным взаимодействием, поэтому для врачей и медицинских сестер своевременная диагностика и коррекция подобных нарушений является весьма актуальной.

**Целью** исследования явилось изучение феномена синдрома эмоционального выгорания и эффективности психологической коррекции, направленной на устранение факторов, способствующих развитию синдрома выгорания.

**Гипотеза.** Выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса. По словам Grainger (1994): «Врачей много учат теории и практике медицины, но почти не учат тому, как заботиться о себе и справляться с неизбежными стрессами». Своевременное вмешательство в виде помощи психолога лучше, чем самостоятельный выход из сложившейся ситуации.

**Материал и методы** исследования.

Исследование проводилось в г. Воронеж 2003 г. Базой исследования явилось отделение реанимации БУЗ ВО ВГКБСМП № 1.

В исследование были включены 38 сотрудников отделения (врачи, медицинские сестры, младший медицинский персонал) в возрасте от 30 до 52 лет, 8 мужчин и 30 женщин, которые работали в данной сфере не менее 5 лет.

Для выявления синдрома эмоционального выгорания были выбраны следующие методики [5,17,18]:

- тестирование «Как узнать, что вы подверглись стрессу?»;

- методика «Диагностика эмоционального выгорания» В. В. Бойко;

Тестирование проводилось как индивидуально, так и в группе.

**Результаты исследования:**

По результатам исследования выявлено следующее:

- на момент обследования синдром сформировался у 20% медработников, у 56% – находится в стадии формирования, отсутствует синдром эмоционального выгорания у 24% респондентов. На данном этапе исследования с помощью методики выявлен уровень сформированности синдрома «эмоционального выгорания» и его ведущие симптомы у медицинского персонала в процессе выполнения профессиональной деятельности.

Результаты исследования свидетельствуют, что существуют доминирующие симптомы, сопровождающие каждую из фаз синдрома «эмоционального выгорания»:

1. У группы медработников со сформированным «эмоциональным выгоранием» в фазе напряжения наиболее выражен симптом «переживание психотравмирующих обстоятельств» (30%) способствующий формированию «эмоционального выгорания»;

в фазе резистенции доминирующим симптомом является «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (42%), представляющий собой прием психологической защиты;

в фазе истощения ведущим симптомом являются «психосоматические и психовегетативные нарушения» (28%).

2. У группы медработников с формирующимся эмоциональным выгоранием доминирующими симптомами являются:

в фазе «напряжение» – «тревога и депрессия» (26%); в фазе «резистенция» – «эмоционально-нравственная дезориентация» (45%); в фазе «истощение» – «эмоциональный дефицит» – (27%).

Таким образом, в результате исследования по методике «Диагностика эмоционального выгорания» были выделены три группы медработников по уровню его сформированности: 1) с отсутствием «эмоционального выгорания», 2) с формирующимся «эмоциональным выгоранием», 3) со сформированным «эмоциональным выгоранием».

У медработников с высшим образованием синдром эмоционального выгорания не сформировался. Скорее всего, это связано с реальным представлением ожидаемого и действительного. Для медицинских сестер и младшего персонала отделения наиболее близка фаза «истощения», что говорит о наиболее высокой восприимчивости «чужой боли». Возможно, накладывает свой отпечаток недостаток опыта работы, который приводит к трудностям в общении, психологической дисгармонии.

**Психологическая коррекция.**

Синдром эмоционального выгорания относится к психологическому заболеванию, требующему специальной помощи. Коррекционные методы при развитии синдрома схожи с профилактическими. Межличностные отношения между коллегами, между администрацией и подчиненными, текучесть кадров, неблагоприятная атмосфера в коллективе – все это провоцирует стрессовые ситуации у медицинских работников.

Как показывают исследования, если активно не вмешиваться в развитие синдрома эмоционального выгорания среди персонала, то самопроизвольного улучшения не происходит!

Первичная профилактика: дебрифинг (обсуждение) после критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых); обучение техникам релаксации (расслабления) – прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, медитация; умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «нет»; наличие хобби (спорт, культура, природа); поддержание стабильных партнерских, социальных отношений; фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий). Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема.

Руководитель играет огромную роль в профилактике стрессов, особенно в скорпомощных службах, где жизнь и смерть требуют круглосуточного вмешательства медицинского работника. Воздействовать можно практически на все факторы, способствующие развитию синдрома выгорания. Это создание, поддержание «здорового рабочего окружения» (т. е. временный менеджмент, коммуникативные стили руководства); признание результатов работы (похвала, высокая оценка, оплата).

Психотерапия (когнитивно-бихевиоральные, релаксационные техники, интегративная психотерапия); реорганизация рабочего окружения; комбинация изменений в рабочем окружении с реабилитацией и переобучением [2,8,11,12,13]. В первую очередь необходимо осознание проблемы и принятие ответственности на себя за свою работу, свой профессиональный результат. Необходима мыслительная перестройка: переоценка целей, осознание своих возможностей, ограничений, позитивный взгляд на жизнь.

**Практические рекомендации** с целью снижения факторов эмоционального выгорания:

- обучение методам мышечной и психической релаксации. К первым относятся: периодическая «ревизия» мышечного корсета, устранение «зажимов», которые могут стать хроническими. Они являются телесным проявлением эмоциональных блоков! Умение расслабляться предотвращает возникновение мышечных зажимов, способствует повышению стрессоустойчивости. Одно из применяемых упражнений:

- «подъём неба» - часто используется в различных восточных практиках, в том числе и в единоборствах: Встаньте прямо. Расслабьте все мышцы. Ноги вместе. Руки опустите вниз. Поверните ладони внутрь так, чтобы они смотрели в землю и были под прямым углом к предплечьям. Пальцы направлены друг к другу. Поднимите руки вперед и вверх. Ладони направлены к небу. Выполняя движение, плавно вдохните через нос. Поднимите голову вверх и смотрите на свои ладони. Тянитесь вверх, но не отрывайте пятки от земли. Задержите дыхание на несколько секунд и ощутите

поток энергии, идущий от ваших ладоней вниз вдоль тела. Затем, через стороны опустите руки вниз, плавно выдыхая ртом. Опуская руки, смотрите вперед. Это упражнение выполнять десять раз каждое утро или в течение дня.

- к психической релаксации относятся различные медитации. Упражнение: Сядьте удобно. Закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов – выдохов. Теперь дышите, как привыкли («автоматическое дыхание»). И просто наблюдаете за тем, как воздух входит в ваши легкие через нос и выходит через рот. Через некоторое время, вы почувствуете, что напряжение и назойливые тревожные мысли исчезли! (Разумеется, можно выполнять это упражнение и лежа).

Дополнительные расслабляющие методы.

В идеале, должна быть комната психологической разгрузки. В кабинетах персонала рекомендованы аквариумы. Созерцание воды, водорослей и рыбок хорошо снимает напряжение!

Музыкотерапия - психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства. Позволяет символически, на уровне чувств или образов, создать у пациента модели выхода из состояния напряженности, и пережить «разрядку» как реальный, управляемый процесс. А наушники дают эффект отстраненности от окружающего мира, полностью погружая слушателя в мир звуков, особенно если закрыть глаза.

#### Выводы:

1. По данным исследования выявлено: Медицинская профессия относится к наиболее сложному типу психологического контакта «человек - человек». Характер, содержание деятельности, стаж работы и индивидуально-психологические особенности личности определяют уровень стрессоустойчивости. При снижении данного уровня начинает развиваться синдром «эмоционального выгорания», что приводит к появлению эмоционального истощения, усталости и тревожности. Происходит деформация эмоциональной сферы личности. Психологический дискомфорт провоцирует болезни и снижает удовлетворенность профессиональной деятельностью.

2. На фоне психологической коррекции заметно:

- снижение уровня тревоги, усталости, утомления, истощения после активной профессиональной деятельности;

- на уровне психосоматических проблем – снижение колебания артериального давления, головных болей, заболеваний пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологических расстройств, бессонницы;

- снижена отрицательная настроенность к выполняемой деятельности;

3. В результате проведенных исследований можно сделать вывод об эффектив-

ности и необходимости своевременного выявления СЭВ и проведения психологической коррекции, направленной на устранение факторов, способствующих развитию синдрома выгорания у медицинских работников.

#### Литература

1. Абрамова Г.С., Юдичю Ю.А. Психология в медицине/Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдичю. - М.: Наука, 1998. - С.231-244.
2. Авхименко М.М. Некоторые факторы риска труда медика/М.М. Авхименко // Медицинская помощь. - М.: Медицина, 2003. - № 2. - С.25-29.
3. Ананьев Б.А. Введение в психологию здоровья/Б.А. Ананьев. - СПб.: Питер, 1999. - 123 с.
4. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 1999. - 105 с.
5. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других/В.В. Бойко. - М.: Наука, 1996. - 154 с.
6. Водопьянова Н.Е. Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика - 2-е издание - СПб: Питер, 2008. - 338 с.
7. Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии / Под ред. И.М. Виш. - Тамбов. - 1974.478 с.
8. Дабалин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека/Л.М. Аболин. - Казань: Издательство Казанского университета, 1987. - 261 с.
9. Ермолаева М.В. Психология развития: Методическое пособие для студентов заочной и дистанционной форм обучения. - М.: Московский психолого - социальный институт; Воронеж: Изд. НПО «МОДЭК», 2000. - 336 с.
10. Захаров С. Синдром выгорания у врачей. /С. Захаров // Интернет: forumssmedserv/ show thread. php? t=8748
11. Знаков В.В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников // Психологический журнал. - 2004. - №3. - С.71 - 81
12. Куташов В.А., Барабанова Л.В., Куташова Л.А. Современная медицинская психология. Воронеж, 2013.-170 с.
13. Куташов В.А., Коротких Д.В. Психотерапия. Руководство. Том 1. Монография / Воронеж: ВГМА, 2014. – 729 с.
14. Куташов В.А., Самсонов А.С., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Щербак Е.А.. Интеллектуализация анализа распространенности депрессивно-тревожных расстройств в клинике внутренних болезней // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины. - 2014. - Т13, №4. - С.993-996/
15. Куташов В.А., Куинин В.А., Куташова Л.А. Помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Монография. Воронеж, 2013. – 224 с.



16. Куташов В.А., Куташова Л.А., Депрессивные расстройства при различных хронических соматических заболеваниях // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2006. № 25. С. 24-27.

17. Куташов В. А., Хабарова Т. Ю., Михайлова Ю. Ю. Изучение синдрома эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала студенческой многопрофильной поликлиники // Молодой ученый. — 2015. — №10. — С. 432-436.

18. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. - 2001. - Т.22, №1. - С.90-101

19. Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина: В 2 Т-М., 2002. - Т.1

#### Literature

1. G. S. Abramova, Yu. a. Yudchyt Psychology in medicine/G. S. Abramov, Y. A. Yudchyt. - M.: Nauka, 1998. - S. 231-244.

2. Avkhimenko M. M. Some risk factors of the work of the physician/M. M. Avkhimenko // Medical care. - M.: Medicine, 2003. - No. 2. - P. 25-29.

3. Anan'ev, B. A. an Introduction to health psychology/B. A. Ananiev. - SPb.: Peter, 1999. - 123 S.

4. Boyko V. V. the Syndrome of «emotional burnout» in professional communication/V. V. Boyko. - SPb.: Peter, 1999. - 105 p.

5. Boyko V. V. Energy emotions in communication: a look at yourself and others/V. V. Boyko. - M.: Nauka, 1996. - 154 p.

6. Vodopyanova N. E. Starchenkov E. C. burnout Syndrome: diagnosis and prevention - 2nd edition - Saint Petersburg: Piter, 2008. - 338 p.

7. Problems of medical deontology and psychotherapy / edited by I. M. Vish. - Tambov. - 1974.478 S.

8. Dabolin L. M. Psychological mechanisms of emotional stability of the person/L. M. Abolin. - Kazan: Publishing house of Kazan University, 1987. - 261 p.

9. Ermolaeva M. V. Psychology of development: the Methodical manual for students of correspondence and remote forms of education. - M.: Moskovskij psihologosocial Institute; Voronezh: Publishing. NGO «MODEK», 2000. - 336.

10. Zakharov S. the Syndrome of burnout among physicians. /C. Zakharov // Internet: forumssmedserv/ show thread. php? t=8748

11. Marks V. V. the Study of professionally important qualities in the honey. workers // Psychological journal. - 2004. - No. 3. - S. 71 – 81

12. Kutasov V. A., Barabanova L. V., L. A. Kutasov Modern medical psychology. Voronezh, 2013.-170 С.

13. Kutasov V. A., Short D. V. Psychotherapy. Guide. Volume 1. Monograph / Voronezh: the Voronezh state medical Academy, 2014. – 729 p.

14. Kutasov V. A., Samsonov S. A., Budnevsky A. V., Pryputniewicz D. N., Scherbak E. A. Intellectualization the analysis of the prevalence of depressive-anxiety disorders

in internal diseases clinic // System analysis and management in biomedical systems: the journal of the practical and theoretical biology and medicine. - 2014. - Т13, No. 4. - P. 993-996/

15. Kutasov V. A., Kunin V. A., L. A. Kutasov Assistance to persons in crisis States and suicide behaviour. Monograph. Voronezh, 2013. – 224 p.

16. Kutasov V. A., L. A. Kutasov, Depressive disorders in different chronic somatic diseases // Scientific-medical Bulletin of Central black earth region. 2006. No. 25. P. 24-27.

17. Kutasov V. A., Khabarova T. Yu., Mikhailov Yu. Yu. the Study of syndrome of emotional burnout among nursing staff a multidisciplinary clinic student // Young scientist. — 2015. — No. 10. — S. 432-436.

18. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования // Психологический журнал. - 2001. - Vol. 22, No. 1. - P. 90-101

19. Психологические тесты / edited by A. A. Karelin: In 2 T-M., 2002. - Vol. 1

#### Сведения об авторе:

**Анашкина Нина Николаевна** – медицинский психолог

Адрес электронной почты: nazareth77709@rambler.ru

**Хабарова Татьяна Юрьевна** – кандидат психологических наук, доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко.

## ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

**Грибков Дмитрий Алексеевич,**

врач-психиатр, курсант кафедры психиатрии и неврологии ИДПО  
Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко  
Минздрава России, Россия, г. Воронеж

**Аннотация:** шизоаффективное расстройство (другие названия — рекуррентная шизофрения, периодическая шизофрения, циркулярная шизофрения, шизоаффективный психоз) — психотическое расстройство, сочетающее в себе признаки шизофрении и аффективного расстройства.

**Ключевые слова:** депрессия, мания, шизофрения, шизоаффективное расстройство.

#### Этиология

Хотя этиология шизоаффективных расстройств неизвестна, имеется 5 возможных концептуальных моделей: шизоаффективное расстройство может быть подтипом шизофрении; шизоаффективными расстройствами и больными с расстройствами настроения указывает более высокая частота встречаемости расстройств настроения у родственников больных шизоаффективными расстройствами пробандов, чем у родственников больных шизофренией пробандов. Имеются также данные о том, что у больных шизоаффективными расстройствами, как группы в целом, отмечается хорошая

реакция на лечение литием и тенденция к динамике, которая не приводит к разрушению личности. Точку зрения о том, что шизоаффективные расстройства представляют собой полностью независимое заболевание, не подтверждает тот факт, что только у очень небольшого числа родственников больных шизоаффективными расстройствами пробандов отмечаются такие же шизоаффективные расстройства. И, наконец, гипотеза о том, что больные шизоаффективными расстройствами страдают обоими заболеваниями - и шизофренией, и расстройствами настроения, представляется несостоятельной, так как подсчитано, что сосуществование

этих двух заболеваний встречается гораздо реже, чем шизоаффективные расстройства сами по себе [1,3,9,10].

#### Клиническая картина

##### Маниакальные состояния

Эти фазы чаще всего протекают в виде параноидной мании. Повышенное настроение проявляется не столько в чрезмерной веселости, сколько в своеобразной взвинченности, возбужденности. Вместо живости общения выступает назойливость. Говорливость оборачивается резонерством. Нередко ощущается субъективно тягостный наплыв мыслей в голове.

Бред величия, психологически понятный при маниакальном состоянии, склонен приобретать гротескный и даже нелепый характер. Подросток “открывает” у себя невиданные способности: предсказывать будущее, погоду, “всех видеть насквозь”, усилием своей воли заставлять действовать других, внушать им свои мысли, открывает “формулу счастья” и т. п., сам может ощущать себя гипнотизером. Повышенное самочувствие также может преломиться в нелепых бредовых идеях величия - подросток заявляет, что за считанные дни он вырос на несколько сантиметров, его мышцы налились силой, у него увеличился половой член.

Однако еще более поражает бред, не соответствующий повышенному настроению. Высказываются идеи преследования (заговоры, шайки, бандиты, шпионы собираются избить, убить, расправиться с родными), идеи отношения (“на улице все на меня смотрят”), воздействия гипнозом, током, лучами, идеи жестокого обращения (собираются кастрировать, обезобразить лицо, выколоть глаза).

Бред нередко сочетается со слуховыми, а иногда и с обонятельными галлюцинациями. Голоса “грозят”, “обзывают”. Пищу начинают тщательно обнюхивать [2,4,5,6]. Могут иметь место псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма - спонтанные высказывания на эту тему нечасты, но при расспросах нередко эти переживания подтверждаются. Окружающая обстановка может восприниматься как какая-то странная, необычная, как будто специально для больного все переделались и разыгрывают какой-то спектакль (бред инсценировки) [7,8,9,11].

При гневной мании выступает безмотивная, ничем со стороны не спровоцированная злобность, могут быть вспышки жестокой агрессии в отношении окружающих.

В отличие от типичных маний аппетит не всегда повышен, могут встречаться даже отказы от пищи. Сон всегда плохой. Сексуальное влечение не только усилено, но поведение отличается утратой чувства стыда - обнажаются при посторонних, открыто онанируют, не стесняясь обнаруживают гомосексуальные склонности.

### Депрессивные состояния

Чаще всего встречаются тревожные депрессии, реже астенопатический, ипохондрический и даже делинквентный эквиваленты.

Тревога и страх обычно доминируют более всего. Боятся смерти, расправы. Иногда тревога и страх носят непонятный для самого больного характер. Подростки не могут объяснить, почему тревожатся и чего боятся (“витальная тревога”, “витальный страх”). Настроение угнетено, но острой тоски обычно не бывает. Иногда, особенно на высоте тревоги, может наблюдаться некоторое недоосмысление

окружающего: с трудом вникают в происходящее вокруг, плохо понимают шутки, переносный смысл сказанного и склонны воспринимать все буквально.

Двигательная активность весьма различна - от суетливого беспокойства и непрестанного топтания на месте, невозможности усидеть до почти полной обездвиженности, граничащей с оцепенением.

Мышление не столько замедлено, сколько затруднено: по нескольку раз повторяют одно и то же, переспрашивают вопросы. Часто жалуются на “пустоту в голове” (в противоположность наплыву мыслей при маниакальном состоянии) [12,13,15,16].

Сам по себе психологически понятный при тревожном и угнетенном настроении бред преследования, самообвинения, отношения, жестокого обращения обычно приобретает довольно вычурный, а то и совершенно нелепый характер. Исходными переживаниями для бреда служат яркие впечатления последних дней. Увиденный детективный фильм становится сюжетом для бреда преследования, встреченный на улице слепой человек указывает на то, что больного ослепят, чей-то случайно услышанный разговор о распространенности подслушивающих устройств в Америке - толчком для идей отношения и т. п.

Нередко можно слышать бредовые высказывания со сложными переплетениями идей самообвинения и самоуничтожения, с одной стороны, и бреда преследования [17,18,19,20,21], отношения, заражения с другой. Подросток заявляет, что “из-за его поведения убьют его мать”, что от него заражаются угрями и чирьями, что все над ним смеются, потому что у него на самом деле “глупость видна на лице”, все отворачиваются, так как понимают, что он занимался онанизмом. Считает себя больным сифилисом, который заражает всех вокруг. Полагает, что его должны расстрелять за то, что он однажды попробовал какой-то наркотик, или посадить в тюрьму как вора, потому что как-то в школьной столовой не заплатил несколько копеек за хлеб, и т. п.

Бред инсценировки может иметь место и при депрессивных состояниях и также отражать сложные сочетания идей преследования и самообвинения. Например, окружающих больных подросток считает переодетыми агентами милиции, которые следят за ним и должны “подвести под арест” за его прежние нарушения дисциплины. Можно слышать высказывания, свидетельствующие о бреде воздействия (гипноз, телепатия, лучи, колдовство) или о явлениях психического автоматизма.

Слуховые галлюцинации чаще всего связаны с бредом самообвинения и преследования - слышатся и укоры, и угрозы. Обонятельные галлюцинации в отличие от прогрессивной шизофрении обычно сопровождаются четкой характеристикой ощущаемого запаха:

пахнет гнилью, газом, спермой и т. п. - подростки не затрудняются в обозначении того, чем пахнет. Наряду с галлюцинациями могут возникать симптомы, отражающие нарушения сложного сенсорного синтеза - деперсонализационно-дереализационные переживания (“вокруг все как неживое”, “как на экране”, “я - не я, а какой-то другой человек, смотрящий на меня со стороны” и т. п.).

При ипохондрическом эквиваленте быстро формируется нелепый ипохондрический бред - гниют внутренности, заболел раком, останавливается сердце, испортилась кровь.

Сон при депрессивных состояниях бывает плохим и тревожным. Нередки отказы от пищи - больные очень быстро худеют. Суточные колебания настроения неотчетливы: у одних к вечеру тревога нарастает, другие, наоборот, становятся спокойнее.

Во время депрессии нередко возникают суицидные мысли и могут совершаться суицидные попытки, которые бывают неожиданными для окружающих, нелепыми и жестокими по способу. Например, подросток хотел покончить с собой, пытаясь поставить себе на горло ножку тяжелого буфета, другой проглотил кусок ржавого гвоздя, чтобы “отравиться железом”.

### Смешанные состояния

В подростковом возрасте эти состояния чаще проявляются тем, что в одни и те же дни утром может быть тревожная депрессия, а к вечеру она может смениться на маниакальное состояние, и так повторяется изо дня в день. Реже в одно и то же время бывают представлены и депрессивные, и маниакальные компоненты.

### Развитие онейроидных состояний

Подобные состояния встречаются на высоте как маниакальных, так и депрессивных фаз. Онейроид становится как бы непосредственным продолжением явления дереализации и деперсонализации и бреда инсценировки. В эти периоды подросток оказывается полностью во власти фантастических сноподобных переживаний, все происходящее вокруг либо не замечается, либо причудливо включается в болезненные фантазии. Например, когда подростка везли на “скорой помощи” в больницу, ему казалось, что он летит на космическом корабле, а больничная палата воспринималась как “концлагерь для разведчиков”. В онейроидных переживаниях обычно господствует тематика, которая служит пищей для фантазий у здоровых подростков и черпается из фантастически-детективной литературы - космические полеты и встречи с инопланетянами, “шпионские центры” и “школы разведчиков”, отслеживание и вылавливание преступников и т. п. У девочек онейроидные переживания более склонны принимать эротическую окраску.

### Типы течения

Преморбид у подростков, заболевших шизоаффективным психозом, существенно отличается от преморбидных особенностей больных маниакально-депрессивным психозом. По нашим данным, около половины подростков никаких особенностей в преморбиде не обнаруживают, около имели признаки шизоидной или сенситивной акцентуации и менее чем 10 % - гипертимные черты. Встречались также эпилептоидная и астеноневротическая акцентуации.

Первые фазы у подростков бывают различными. В половине случаев [Личко А. Е., Озерецковский С. Д., 1980] с первых же фаз устанавливается биполярный тип течения - развиваются описанные атипичные то депрессивные, то маниакальные состояния. В третьей части 2-3 первых приступа протекают с депрессивно-параноидным синдромом. Лишь в 17 % случаев первых фаз могут быть типичными депрессиями (реже маниями) - их картина бывает неотличимой от таковых при маниакально-депрессивном психозе [Озерецковский С. Д., 1979].

Заболевание каждый раз начинается остро - развертывается на протяжении нескольких дней, иногда (при маниакальных фазах) даже в течение нескольких часов. Собирая анамнез, иногда удается получить указания на то, что в последние дни, недели, месяцы перед заболеванием отмечались колебания настроения, которых раньше не было.

Продолжительность фаз при шизоаффективном психозе у подростков более разнообразна, чем при маниакально-депрессивном психозе в этом возрасте. Фазы длятся от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев. Закономерность, свойственная маниакально-депрессивному психозу: чем моложе возраст, тем короче фазы, - при шизоаффективном психозе не прослеживается. Повторные приступы бывают двухфазными и даже многофазными. Интермиссии весьма разнятся по длительности - от нескольких дней до многих месяцев и даже лет.

Можно выделить два типа течения шизоаффективного психоза в подростковом возрасте: тот же, что у взрослых, и присутствующий именно подросткам.

### “Взрослый” тип течения

Первые 2-3 приступа обычно заканчиваются практическим выздоровлением - никаких следов перенесенный психоз не оставляет. Все болезненные переживания и сама болезнь оцениваются весьма критически. В дальнейшем, по мере повторения приступов, по окончании их начинают все более отчетливо выявляться определенные изменения личности, сходные с таковыми при прогрессивной шизофрении. На первый план среди них выступает снижение активности, утрата прежних интересов, склонность к безделью или к простым, обыденным, не требующим энергии и собранности занятиям. Наряду с этим ограничиваются прежние контакты, теряются бывшие приятели, а новых не заводятся - нарастают необщительность и замкнутость. Становится заметной и утрата прежней эмоциональной живости. Нарушение мышления в виде склонности к резонерству, витиеватости в построении фраз обычно бывает менее выражены. Таким образом, с течением времени чаще всего развивается умеренный, апатоабулический дефект. Реже вместо него возникает психопатоподобное поведение: тогда подросток, до заболевания хорошо учившийся и не склонный к нарушениям поведения, устремляется в асоциальные компании, уклоняется от учебы и работы, начинает выпивать, проявляет интерес к дурманящим веществам, т. е. поведение напоминает психопатию неустойчивого типа. Вскоре в этих случаях выявляются признаки эмоционального снижения.

В подростковом возрасте один за другим следуют несколько приступов шизоаффективного психоза. Интермиссии бывают хорошими, но непродолжительными. Иногда одна фаза сразу же сменяет другую. Однако по завершении полового созревания серия приступов внезапно обрывается. Наступившая ремиссия, поначалу иногда с отдельными апатоабулическими или психопатоподобными чертами, со временем становится все более полной - как говорят, ремиссия “дозревает”. Длительные катамнезы (до 10-15 лет и более) свидетельствуют об отсутствии рецидивов.

### “Пубертатный” тип течения

Основной подход к лечению шизоаффективных расстройств включает госпитализацию, лечение медикаментозными средствами и психосоциальную помощь. Основной принцип, лежащий в основе фармакотерапии шизоаффективных расстройств, заключается в том, что антидепрессанты и способы купирования маниакального состояния, если возможно, следует продолжать, и что антипсихотические средства следует назначать только при остром психотическом состоянии. Если лечение тимолептиками неэффективно, для купирования наблюдающихся симптомов можно рекомендовать нейролептики. Больные с шизоаффективными расстройствами, биполярный тип, должны получать лечение литием, карбамазепином или сочетанием обоих препаратов. Больные с шизоаффективными расстройствами, депрессивный тип, должны получать трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминоксидазы и ЭСТ, прежде чем будет вынесено решение о том, что больной резистентен к терапии антидепрессантами.

### Диагностические критерии

А. Расстройство, при котором иногда либо тяжелый депрессивный, либо маниакальный синдром наблюдается одновременно с симптомами, отвечающими критерию А для шизофрении.

Б. Во время приступа наблюдаются бред или галлюцинации в течение по меньшей мере 2 нед, но без выраженных симптомов расстройства настроения.

В. Шизофрения исключается (например, продолжительность приступа расстройств настроения более велика, чем продолжительность психотических нарушений).

Г. Нельзя установить органический фактор, который мог бы обусловить возникновение и развитие расстройства. Определите: биполярный тип (наличие в настоящем или в прошлом маниакального синдрома); или депрессивный тип (отсутствие в настоящем или в прошлом маниакального синдрома).

### Дифференциальный диагноз

При дифференциальной диагностике шизоаффективных расстройств необходимо исключить наличие органических нарушений, в отношении которых произ-

водится дифференциальная диагностика шизофрении и расстройств настроения. Лечение стероидами, амфетаминами и злоупотребление фенциклидинами, а в некоторых случаях и эпилепсия лобной доли наблюдаются особенно часто вместе с шизофреническими и аффективными проявлениями.

В психиатрический дифференциальный диагноз должны быть также включены возможности, которые обычно рассматриваются при постановке диагноза шизофрении и расстройств настроения. В клинической практике случается, что психоз, имеющийся в настоящее время, маскирует аффективные нарушения в настоящем или прошлом. Поэтому следует пожелать не спешить с окончательным психиатрическим диагнозом до тех пор, пока есть возможность купировать психотические симптомы.

### Лечение

Основной подход к лечению шизоаффективных расстройств включает госпитализацию, лечение медикаментозными средствами и психосоциальную помощь. Основной принцип, лежащий в основе фармакотерапии шизоаффективных расстройств, заключается в том, что антидепрессанты и способы купирования маниакального состояния, если возможно, следует продолжать, и что антипсихотические средства следует назначать только при остром психотическом состоянии. Если лечение тимолептиками неэффективно, для купирования наблюдающихся симптомов можно рекомендовать нейролептики. Больные с шизоаффективными расстройствами, биполярный тип, должны получать лечение литием, карбамазепином или сочетанием обоих препаратов. Больные с шизоаффективными расстройствами, депрессивный тип, должны получать трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминоксидазы и ЭСТ, прежде чем будет вынесено решение о том, что больной резистентен к терапии антидепрессантами.

### Литература:

1. Агарков Н.М. Математический подход к оценке эффективности лечения по диагностически значимым параметрам / Н.М. Агарков // Известия Юго-Западного государственного университета. - 2012. - №2. - С. 204.
2. Балуюва Е.В. Депрессия как фактор риска соматической патологии / Е.В. Балуюва // Психиатрия. - 2008. - Т. 3, № 3. - С. 36-43.
3. Болгов С.В., Куташова Л.А., Кудинова Н.Н., Чопоров О.Н. Использование методов системного анализа и моделирования для оптимизации управления медицинскими системами // Моделирование и управление процессами в здравоохранении: межвузовский сборник научных трудов. - Воронеж, 2012. - С. 90-94.
4. Болгов С.В., Куташова Л.А., Куди-



нова Н.Н., Чопоров О.Н. Методы прогнозирования моделирования при исследовании медико-социальных систем // Управление в биомедицинских, социальных и экономических системах: межвузовский сборник научных трудов. – Воронеж, 2012. – С. 126-128.

5. Дуплякин Е.Б. Мониторинг депрессивных расстройств у пациентов первичной медико-санитарной помощи: Автореф. канд. мед. наук. - Алматы, 2010. – 25 с.

6. Джекобсон Дж.Л. Секреты психиатрии / Дж.Л. Джекобсон; под ред. П.И. Сидорова. - 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 576 с.

7. Куташов В.А., Глухов А.А., Степанян Н.А., Рог А.И. и др. Статистика в медицинских исследованиях. Монография. Воронеж, 200 с.

8. Куташов В.А., Куташова Л.А. Распространенность аффективных расстройств при различных хронических соматических заболеваниях // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. Москва-Воронеж, 2006. Т. 5, № 4.- С. 727-729.

9. Куташов В.А., Львович И.Я. Корреляция личностной акцентуации и преморбидного наследственного фона при аффективных расстройствах с синдромом раздраженного толстого кишечника // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. Москва-Воронеж, 2007. - Т. 6, № 3. - С. 760-763.

10. Куташов В.А., Я.Е.Львович, Постникова И.В. Оптимизация диагностики и терапии аффективных расстройств при хронических заболеваниях. Монография. Воронеж, 2009. – 200 с.

11. Куташов В.А., Коротких Д.В. Психотерапия. Руководство. Том 1. Монография / Воронеж: ВГМА, 2014.-729 с.

12. Куташов В.А. Анализ клинической картины и оптимизация терапии аффективных расстройств при хронических заболеваниях: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук // Воронежский государственный технический университет. Воронеж, 2009.-30 с.

13. Немых Л.С., Савенкова Л.Г., Сидельникова Л.К., Савицкая Е.Г. Пожилой пациент // Прикладные информационные аспекты медицины. 2012. Т. 15. № 2. С. 37-41.

14. Медик В.А. Математическая статистика в медицине / В.А. Медик, М.С. Токмачев // Учеб. пособие. – М.: Финансы и статистика, 2007. – 800 с.

15. Припутневич Д.Н. Анализ позитивного и негативного эффекта антидепрессантов в клинической практике врача-терапевта // Молодой ученый. 2015. № 3 (83). С. 292-296.

16. Провоторов В.М., Львович Я.Е., Будневский А.В. Системный анализ психосоматических соотношений в клинике внутренних болезней. Монография / Воронеж, 2001. – 176 с.

17. Шевченко Ю.В., Швырев С.Л., Зарубина Т.В. Прогнозирование течения

раннего послеоперационного периода у больных раком легкого с помощью регрессионного анализа и метода искусственных нейронных сетей. // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. XV. № 2. – С. 145-148.

18. Самсонов А.С., Куташов В.А., Значение коррекции тревожных и депрессивных расстройств для лечения и профилактики метаболического синдрома // Прикладные информационные аспекты медицины, 2014, Т. 17. № 1. С. 162-165.

19. Самсонов А.С., Куташов В.А., Чопоров О.Н. Интеллектуализация анализа распространенности и прогнозирования депрессивных расстройств на основе математического моделирования. Монография – Воронеж: ВГМА, 2014. – 211 с.

20. Устинов А.Г., Зарубина Т.В. Методические подходы к информатизации лечебно-диагностического процесса. Информационно-измерительные и управляющие системы. №12, т.7, 2009 г. С.23-25.

21. Хабарова Т. Ю. Анализ современной системной коррекции депрессивных расстройств в психосоматической медицине [Текст] / Т. Ю. Хабарова // Молодой ученый. – 2015. – №6. – С. 305-308.

#### References:

1. Agarkov N.M. The mathematical approach to evaluating the effectiveness of treatment of diagnostically significant parameters / Agarkov N.M. // Proceedings of the South-Western State University. - 2012. - №2. - P. 204.

2. Balukova E.V. Depression as a risk factor of somatic pathology / Balukova E.V. // Psychiatry. - 2008. - Volume 3, № 3. - P. 36-43.

3. Bolgov S.V., Kutashova L.A., Kudinov N.N., Choporov O.N. Using the methods of systems analysis and modeling to optimize the management of health systems // Modeling and control of processes in healthcare: Interuniversity collection of scientific papers. - Voronezh, 2012. - P. 90-94.

4. Bolgov S.V. Kutashova L.A., Kudinov N.N., Choporov O.N. Predictive modeling methods in the study of health and social systems // Management in biomedical, social and economic systems: Interuniversity collection of scientific papers. - Voronezh, 2012. - P. 126-128.

5. Duplyakin E.B. Monitoring of depressive disorders in patients of primary health care: Author. cand. honey. Sciences. - Almaty, 2010. - 25 p.

6. Jacobson J.L. Secrets of psychiatry / Jacobson J.L.; ed. Sidorov P.I. - 2nd ed. - M.: MEDpress-Inform, 2007. - 576 p.

7. Kutashov V.A., Glukhov A.A., Stepanian N.A., Horn A.I. et al. Statistics in medical research. Monograph. Voronezh, 200 p.

8. Kutashov V.A., Kutashov L.A. The prevalence of affective disorders in a variety of chronic somatic diseases // System analysis and management in biomedical systems. Moscow-Voronezh, 2006. Vol 5, № 4.- p. 727-729.

9. Kutashov V.A. Correlation and pre-morbid personality accentuation hereditary background in affective disorders with irritable bowel syndrome // System analysis and management in biomedical systems. Moscow-Voronezh, 2007. - Т. 6, № 3. - P. 760-763.

10. Kutashov V.A., Lvovich Ya. E, Postnikova I.V. Optimization of diagnostics and therapy of affective disorders in chronic diseases. Monograph. Voronezh, 2009. - 200 p.

11. Kutashov V.A., Korotkikh D.V. Psychotherapy. Guide. Volume 1. Monograph / Voronezh VGMA, 2014.-729 p/

12. Dumb L.S., Savenkov L.G., Sidelnikov L.K., Savitskaya E.G. Elderly patients // Applied information aspects of medicine. 2012. Т. 15. № 2. P. 37-41.

13. Medic V.A. Mathematical Statistics in Medicine / Medic V.A., Tokmachev M.S. // Proc. allowance. - M.: Finance and Statistics, 2007. - 800 p.

14. Petrova M.V., Konovalov V.N., Razzhivin V.P., Sidorov K.V., Zarubina T.V. Assessment of central hemodynamics using information system interisuet // Russian Medical Journal. - 2009. - № 3. - P. 47-54.

15. Priputnevich D.N. Analysis of the positive and negative effects of antidepressants in clinical practice practitioner // Young scientist. 2015. № 3 (83). P.292-296.

16. Provorotov V.M., Lvovich Y.E., Budnevsky A.V. System analysis of psychosomatic relations in internal medicine. Monograph / Voronezh, 2001. - 176 p.

17. Shevchenko Y., Zarubina T.V. Prediction of the early postoperative period in patients with lung cancer using regression analysis and the method of artificial neural networks. // Bulletin of new medical technologies. - 2008. - Т. XV. № 2. - P. 145-148.

18. Samsonov A.S., Kutashov V.A. Compensation value anxiety and depressive disorders treatment and prevention of metabolic syndrome // Applied information aspects of medicine, in 2014, Т. 17. № 1. P. 162-165.

19. Samsonov A.S., Kutashov V.A., Choporov O.. Intellectualization analysis and forecast prevalence of depressive disorders on the basis of mathematical modeling. Monografiya - Voronezh VGMA, 2014. - 211 p.

20. Ustinov A.G., Zarubina T.V. Methodological approaches to the medical information of the diagnostic process. Information-measuring and operating systems. №12, vol.7 2009 P. 23-25.

21. Khabarova T.Y. Analysis of the current system of correction of depressive disorders in psychosomatic medicine / Т. Ю. Хабарова // Young scientist. - 2015. - №6. - P. 305-308.

#### Сведения об авторе:

**Грибков Дмитрий Алексеевич** – кур-сант кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им.Н.Н.Бурденко, e-mail: dgribkov@yandex.ru.

# НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

**Игрунова Наталья Александровна**

врач-невролог ГУЗ «Тербунская МРБ», Россия, Липецкая обл., с. Тербуны

**Куташов Вячеслав Анатольевич**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО, Россия, Воронеж

**Аннотация.** Данный материал включает: определения невропатии лицевого нерва, клиническая картина, методы лечения, осложнения при невропатии лицевого нерва, применение иглоукалывания как одного из методов.

**Ключевые слова:** невропатия лицевого нерва, определение, характеристика клинической картины, методы лечения, иглоукалывание как один из методов лечения.

Поражения лицевого нерва являются наиболее частыми и занимают второе место среди различных видов патологии периферической нервной системы. По данным ВОЗ наблюдается от 13 до 24 случаев поражения лицевого нерва на 100 000 населения одинаково как у мужчин, так и у женщин. Заболеванию подвержены люди всех возрастов

Лицевой нерв (n. Facialis) – смешанный нерв, состоящий в основном из двигательных волокон, иннервирующих мимические мышцы, и промежуточного нерва, в которых представлены секреторные волокна, обеспечивающие парасимпатическую иннервацию слезных, а также подчелюстных, подъязычных слюнных желез и чувствительных вкусовых волокон для передних 2/3 языка. Имеется также незначительное количество чувствительных анимальных волокон, принимающих участие в иннервации ушной раковины, наружного слухового прохода и сосцевидного отростка

Заболевание имеет различную этиологию. Провоцирующим фактором являются переохлаждение, травма и инфекция. Невропатия может быть как осложнение отита, мезотемпанита, паротита, воспалительных процессов в головном мозге, но также может быть и результатом нейротропной вирусной инфекции, чаще опоясывающего герпеса и полиомиелита. Случаи полиомиелитного поражения лицевого нерва отмечались в период эпидемии. Также причиной невропатии лицевого нерва могут быть сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, церебральный кардиосклероз), сахарный диабет. Также описаны наследственно-семейные формы невропатии лицевого нерва.

Основным в патогенезе невропатии лицевого нерва считается отек и ишемия. Разнообразные факторы, вызывают нарушение сосудистого тонуса с склонностью к спазмам, главным образом артериол, с последующим их расширением и стазом капилляров периневрия, приводящим к нарушению их проницаемости. Возникающий отек ведет к сдавлению вен и стенок лимфатических сосудов, что, в конечном итоге приводит к ишемии ствола нерва с его набуханием и геморрагиями, к деструкции ишемизированного участка нерва. Особенно это выражено в его вер-

тикальной части, где имеет место анатомическое сужение канала.

Клиническая картина поражения лицевого нерва зависит от уровня повреждения и от степени нарушения проводимости. Она складывается из симптомов поражения лицевого и промежуточного нервов. Вследствие поражения лицевого нерва могут наступать паралич или парез мимической мускулатуры – прозопарез. На стороне поражения глаз открыт и больному не удается его зажмурить (лагофтальм), или же веки полностью не смыкаются. Вследствие недостаточного прижатия нижнего века вытекает слеза, а при поражении выше уровня отхождения большого поверхностного каменистого нерва, а также корешка (в мостомозжечковом углу) характерна сухость глаза. Больной не может наморщить лоб, нахмурить бровь на пораженной стороне. Носогубная складка на стороне паралича сглажена, рот перетянут в здоровую сторону, неподвижен и вследствие плохого смыкания губ жидкая пища, вода вытекают из этого угла рта. При надувании щек выявляется симптом паруса (щека отдувается, колеблется от выходящего воздуха). Больной не может задуть свечу, свистнуть. Характерен симптом Белла: при зажмуривании глазное яблоко на стороне поражения закатывается вверх и кнаружи. В незамкнутой глазной щели видно полоска склеры.

Ранними признаками развивающегося пареза лицевого нерва является симптом редкого мигания – асинхронное мигание глаз, более редкое мигание на стороне поражения. Отмечается симптом ресниц – при зажмуривании на стороне поражения ресницы выстывают сильнее, больной не может отдельно зажмурить глаз на стороне поражения. Также бывают сухость глаза или слезотечение, нарушение вкуса, нарушение слуха.

Лечение должно быть комплексным. Назначают НПВС, противоотечную терапию, спазмолитические и сосудорасширяющие средства. При выраженном болевом синдроме показаны анальгетики. Применяют глюкокортикоиды, в частности преднизалон.

С пятого-седьмого дня заболевания назначают тепловые процедуры: УВЧ-терапию, парафиновые аппликации на здоровую и пораженные стороны. Хоро-

ший эффект дает ультразвук с гидрокортизоном на пораженную сторону и область сосцевидного отростка. Также применяют витамины группы В.

В подостром периоде назначают лечебную гимнастику, массаж мимической мускулатуры, иглоукалывание

Иглоукалывание как один из методов лечения невропатии лицевого нерва.

Древневосточная медицина относит это заболевание к синдромам пустоты Ян и полноты Инь, связанным с воздействием повреждающей энергии холода – ветра. В дифференциально-диагностическом отношении необходимо учитывать, что парез мимических мышц центрального происхождения относится к синдрому Ян-Мин (меридиан толстой кишки и желудка), а периферический парез и паралич мимических мышц – к синдрому Шао-Ян (меридиан 3х обогревателей и желчного пузыря). Необходимо тонизировать Ян-энергию, устраняя влияние холода.

Иглоукалывание разрешено применять с первых дней заболевания, но колоть пораженную сторону первые 3-4 сеанса запрещено. Эффект от иглоукалывания лучше в острый период.

Рассмотрим один из вариантов: Острый период, выраженный болевой синдром.

При таком состоянии колоть пораженную сторону можно только с 3-4 сеанса.

На первом сеансе: Р7 (с 2х сторон)+ Ин-Тан (внеканальная точка), если сильно выражен болевой синдром, то больше колем меридиан желудка, например, Е36+Е44 или, меридиан толстой кишки G14+G11 на противоположной стороне от поражения;

На третьем сеансе: начинаем воздействие на пораженную сторону. TR17 (на стороне поражения)+периферические точки: Ин-Тан, G11 (на противоположной стороне от поражения), Е36 с 2х сторон.

Главное расслабить здоровую сторону, подключаем точки на здоровой стороне, их тормозим: VC24, V2, E3, E7, E8, G19, G120, TR21, TR23, VB1, VB2, VB3, VB10, IG18, IG19, E4. Глаз должен закрываться к пятой процедуре, если будет идти раннее восстановление, то могут возникнуть контрактуры.

Если восстановительный период идет, как положено, то переходит на больную сторону.

Тут, возможно, 2 варианта иглоукалывания.

Первый вариант: На здоровой стороне укололи 2-3 точки. Делим лицо на области: лобная область, область щеки и скула, нижняя челюсть, и ставим иглы по областям. Плюс к этому колем 2-3 точки отдаленные. Например, E36(с 2х сторон)+G11(на здоровой стороне). Поставили иглы на 20 минут на здоровую сторону, после за 5 минут до окончания сеанса, ставим, на те же точки, иглы на пораженную сторону.

Второй вариант: Ставим иглы на больную сторону, тонируем, поставили отдаленные точки, а после эти же иглы ставим на здоровую сторону и оставляем на 20 минут.

Количество процедур от 7 до 15 сеансов. Если не помогло, то рекомендовано повторный курс лечения через 3 недели.

Точку TR17 рекомендовано брать каждый сеанс, это точка выхода лицевого нерва.

Также рекомендуется внимательно пропальпировать воротниковую зону, выявляя места напряжения мышц, которые нужно седировать иглами. Уложив больного на живот на пятый, восьмой сеанс можем уколоть точки V60, VB20, VG14, V9, V14.

Если чувствуем, что зреет контрактура (особенно угол рта), следует уколоть по тормозному типу E4, E6, а на противоположной стороне G14, G11.

Главное, на что следует обратить внимание, то что, пораженную сторону колем на третий-четвертый сеанс.

Если больной обратился через 2-3 месяца от начала болезни:

1. Первый-второй сеансы колем отдаленные 2-3 точки;

2. Третий-четвертый сеансы колем по тормозному типу точки на пораженной стороне;

Посттравматическая невропатия лицевого нерва:

Если есть поперечное повреждение нерва, есть контрактуры, то можем ослабить контрактуры, немного уменьшить асимметрию лица. Точки используем, те же, что и при невропатии лицевого нерва, только пораженную сторону мы тормозим, а не стимулируем.

#### Список литературы

1. Гаваа Лувсан «Традиционные и современные аспекты Восточной Рефлексотерапии».

2. О.С. Левин, Д.Р. Штульман «Неврология», издательство «МЕДпресс-информ», 2014г.;

3. Е.Л. Мачерет, И.З.Самосюк «Руководство по рефлексотерапии», издательство Головное, 1984г., 304с;

4. А.А.Скоромец, А.П.Скоромец, Т.А.Скоромец № Нервные болезни», издательство МЕДпресс-информ», 2013 г.;

#### Bibliografy:

1. Gavaa Luvsan «Tradicionnye i sovremennye aspekty Vostochnoj Refleksoterapii».

2. O.S. Levin, D.R. Shtul'man «Nevrologiya», izdatel'stvo «MEDpress-inform», 2014g.;

3. E.L. Macheret, I.Z.Samosyuk «Rukovodstvo po refleksoterapii», izdatel'stvo Golovnoe, 1984g., 304s;

4. A.A.Skoromec, A.P.Skoromec, T.A.Skoromec № Nervnye bolezni», izdatel'stvo MEDpress-inform», 2013 g.;

#### Сведения об авторе:

**Игрунова Наталья Александровна**, врач-невролог ГУЗ «Тербунская МРБ»  
E-mail: igrunova1990@mail.ru

**Куташов Вячеслав Анатольевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко  
E-mail: kutash@mail.ru

## АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, ПЕРЕЖИВШЕЙ ПОТЕРЮ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА

**Митогуз Оксана Александровна**,  
медицинский психолог, БУЗ ВО «Бобровская РБ»  
Россия, г. Воронеж

**Аннотация.** Согласно современным воззрениям, стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события – экстремальные кризисные ситуации, обладающие мощным негативным последствием, ситуации угрозы жизни для себя самого или значимых близких.

В случаях, когда адаптивная система работает в течение длительного времени при нарушенных энергоинформационных характеристиках, в экстремальных условиях у человека может сформироваться перенапряжение, вслед за которым наступает истощение энергоинформационных ресурсов организма, развивается декомпенсация, возникает пограничное состояние, а затем может развиваться патология – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [1,4,5,9,16].

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), тревожно-депрессивные расстройства, личность, потерявшая близкого человека, психологическая коррекция.

**Актуальность.** Определяется необходимостью успешного осуществления психотерапии, психокоррекции, психопрофилактики негативных последствий психотравмы в результате потери эмоционально близкого человека, необходимостью адаптации страдающих ПТСР лиц к нормальным условиям жизнедеятельности.

К важным факторам риска развития ПТСР относятся личностные особенности индивидуума, включая социопатическое расстройство, а также наличие алкогольной и наркотической зависимости. Эти

факторы снижают способность личности к преодолению травматических стрессовых переживаний. Наличие в анамнезе психических травм (например, в связи с перенесенным физическим насилием в детстве, несчастными случаями в прошлом) может увеличить риск развития ПТСР после очередного психотравмирующего события [2,7,10,12,14,15].

**Цель исследования.** Изучение эмоционально-психологических характеристик личности, переживших потерю близкого человека.

**Гипотеза исследования.** В качестве ги-

потезы исследования выступило предположение о том, что личности, пережившей потерю близкого человека, свойственны негативные эмоциональные состояния и личностные особенности, затрудняющие социальную адаптацию, а именно: состояние тревоги, депрессии, ипохондрии.

#### Материал и методы исследования

Базой исследования стала БУЗ ВО «ВГКБСМП №1», отделение реанимации и интенсивной терапии.

Объектом исследования явились лица, пережившие развод, смерть супру-



га, родителя, ребенка (5 мужчин и 16 женщин). Возраст исследуемых колебался в пределах от 22 до 39 лет.

После потери близкого в семьях остаются хорошие взаимоотношения, хотя характер потери разный (смерть родителя, ребенка, супруга, развод). Потеря родителя у 37 % испытуемых была в детстве (до 15 лет), у 19 % испытуемых во взрослом возрасте. Потеря ребенка у 18 % испытуемых, развод с супругом у 26 % испытуемых. Семейный стаж разный, от года до 12 лет.

В соответствии с поставленными целями и задачами, были выбраны следующие методы эмпирического исследования:

- Психологический анамнез - респондент и наблюдение;
- Интегративный тест тревожности;
- Индекс жизненного стиля;
- MMPI-566.

**Психологический анамнез – респондент и наблюдение.** Человек, перенесший потерю близкого человека полон эмоционального напряжения. Испытуемая группа: в начале тестирования почти все беспокойные и напряжены, поскольку должны говорить о том, о чем вообще не любят говорить или говорят очень редко. Их ожидания разные:

- Реакция на потерю у всех испытуемых была разной. Каждый по прошествии разного времени (от нескольких месяцев до нескольких лет) находил психологическую замену. Одни в лице отчима, мачехи, тети или дяди, другие, у которых потеря родителей была во взрослом возрасте стали уделять больше внимания, проявлять больше сочувствия к живому родителю, детям. Те, которые потеряли ребенка, были уверены, что со временем у них будет ребенок и не один. Те, которые в разводе, также пытались реализовать себя в других отношениях с другим полом и очень внимательно и острожно наблюдали за своими детьми.

- Все испытуемые имеют высшее или среднее специальное образование. Почти все являются служащими или в силу определенных обстоятельств были служащими, а сейчас временно не работают (декретный отпуск, пенсии, студенты).

- Материальное положение у всех среднее или ниже среднего. Высокого материального положения нет ни у кого.

- Потеря близких была в результате разных обстоятельств. Смерть в результате длительной болезни, скоростная смерть в результате болезни, самоубийство, развод из-за длительных конфликтов. Все родственники испытуемых получали симптоматическое лечение. У самих испытуемых, несмотря на разное время, после трагедии сохраняется тревожность, депрессия, и наличие психосоматических заболеваний. Чаще всего это заболевания брюшной полости (ЖКТ), сосудистая дистония, тенденция к гипертонии [3,6,8,13].

Анализ психологического анамнеза

испытуемых, переживших потерю близкого человека, определяет, что по прошествии некоторого времени, индивидуального для каждого случая, человек находит замену, либо уделяет большее внимание живому родителю (в случае смерти одного из родителей), либо пытается реализовать себя в отношениях с противоположным полом (в случаях супружеского развода) и посвящает себя воспитанию детей.

Наличие психосоматических заболеваний у вышеуказанных категории лиц имеет место в 77 % случаев (заболевание ЖКТ, сосудистая дистония, тенденция к гипертонии).

**Интегративный тест тревожности.** В связи с собранным анамнезом и наблюдениями, необходимо обследовать испытуемых «Интегративным тестом тревожности», предложенным в 1997 году А.П. Бизюком с соавторами.

Таким образом, имеются две различные шкалы методики ИТТ, которые получили условные названия ИТТ-С (ситуативная) – первая, ИТТ-Л (личностная) – вторая. В данном варианте методика предназначена для традиционной ручной обработки и рекомендуется для оценки общей характеристики тревоги – тревожности, что при лаконичности и простоте обработки делает ее полезной для использования в массовых скрининговых обследованиях при выделении группы риска, либо для многократного тестирования в лонгитюдных программах.

Оценка по шкале тревоги ниже 4 станаинов соответствует низкому уровню тревожности, равная 4,5 или 6 станаином соответствует нормальному уровню, а оценка от 7 и выше – свидетельствует о высоком уровне тревожности, а наличии дезадаптации как в «интер» или интраиндивидуальных отношениях, так и о наличии дисгармонии со средой в целом. По методике ИТТ найден тандем.

ИТТ-Л и ИТТ-С - 10% - 34°

ИТТ-С - 14% - 51°

ИТТ-Л - 33% - 120°

Общая тревожность составляет 57% - 205°

Анализ результатов испытания тревоги как состояния и тревожности как личностно-типологического свойства при помощи интегративного теста тревожности показал следующее – высокий уровень по шкале общей тревожности в группе испытуемых отмечается в 57% случаев, что свидетельствует о высоком уровне тревожности, наличии дезадаптации как в «интер», так и в интраиндивидуальных отношениях, а также наличие дисгармонии со средой в целом.

Высокий уровень тревоги, как эмоционального состояния имеет место в 14% случаев в группе испытуемых, что констатирует их оценку своего состояния на момент исследования. Вероятно ситуация обследования вызывало у указанных испытуемых дискомфорт, восприятие процедуры как угрожающей и сопровожда-

лась повышением нервно-психического напряжения.

Высокий уровень тревожности как личностной черты определяется в 33 % случаев в группе испытуемых, это свидетельствует о том, что тревожность проявляется у подобных лиц в сфере социальных контактов, отчетливо прослеживается проекция страхов на текущее положение дел, а в перспективу отличается общая озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Наконец высокий уровень тандема ИТТ-С и ИТТ-Л проявляется в 10% случаев в группе испытуемых.

Индекс жизненного стиля. Это методика, предложена Плучеком-Келерманом и адаптирована Клубовой Е.Б. в 1994 году

Одной из наиболее важных областей деятельности психолога является диагностика, квалификация и коррекция пограничных нервно-психических и психосоматических нарушений, состояния психической дезадаптации и социально-стрессовых расстройств, а также саморазрушающего поведения и личностных реакций на эмоционально напряженную профессиональную деятельность.

Группы испытуемых применяют следующие механизмы защиты: по нисходящей

1. реактивные образования;
2. интеллектуализация;
3. компенсация;
4. регрессия.

Анализ результатов исследования видов Эго-защит с помощью методики «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) позволил распределить по нисходящей следующие защитные механизмы:

- регрессия – 70% случаев;
- компенсация – 63% случаев;
- реактивные образования – 61% случаев;
- интеллектуализация – 59% случаев;
- отрицание – 50% случаев;
- замещение – 48% случаев;
- проекция – 46% случаев;
- подавление – 42% случаев.

Таким образом интеллектуализация, реактивные образования и регрессия, наиболее распространенные виды Эго-защит в изучаемой нами выборке испытуемых.

### MMPI-566

Личностные особенности испытуемых исследовались методикой MMPI-566 авторы Хатуэй и Маккинли, адаптирован Березным с соавторами в 1980 году.

На основании полученных количественных показателей строится так называемый профиль личности, т.е. графическое изображение характерологических особенностей. При изучении и построении профиля у испытуемых наблюдалась созерцательная личностная позиция, склонность к раздумьям, способность на основе минимальной информации воссоздать целостный образ. Избирательность в контактах, субъективизм в оценке людей



и явлений окружающей жизни, независимость во взглядах, высокая потребность в актуализации своей индивидуальности, склонность к ипохондрической фиксации, напряженности, подавленное настроение, тревожность с множеством соматических жалоб, так же прослеживается умеренная депрессия[11,15,18,19].

При первом затрагивании травмирующей темы человек может дать аффективную реакцию, которая может состоять в слезливости, избегании контакта глазами, возбуждении, враждебности.

В 90-е гг. показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли: если в 80-х гг. они соответствовали 1-2%, то в недавних исследованиях, опубликованных в США, - 7,8%, причем, имеются выраженные половые различия (10,4% для женщин, 5,0% для мужчин). Так, в работе Кесслера с соавторами (1995) приведены

что довольно часто индивиды с ПТСР переживают вторичную травматизацию, которая возникает, как правило, в результате негативных реакций других людей, медицинского персонала и работников социальной сферы на проблемы, с которыми сталкиваются люди, перенесшие травму. Негативные реакции проявляются в отрицании самого факта травмы, связи между травмой и страданиями индивида, обвинение и даже поношение жертв, отказе в оказании помощи.

В других случаях, напротив, вторичная травматизация может возникнуть в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых окружающие создают «травматическую мембрану», которая отгораживает их от внешнего мира, выводя из-под влияния стрессоров обыденной жизни.

Для развития ПТСР характерны следующие фазы:

Таблица 1.

**Частота различных травм и последующего развития ПТСР (без учета половых различий) в репрезентативной выборке.**

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
1	2	3
Изнасилование	5,5	55,5
Сексуальное домогательство	7,5	19,3
Война	3,2	38,8
Угроза применения оружия	12,9	17,2
Телесное насилие	9,0	11,5
Несчастные случаи	19,4	7,6
Свидетель насилия, несчастного случая	25,0	7,0
Пожар/ стихийное бедствие	17,1	4,5
Плохое обращение в детстве	4,0	35,4
Пренебрежение в детстве	2,7	21,8
Другие угрожающие жизни ситуации	11,9	7,4
Другие травмы	2,5	23,5
Наличие какой-либо травмы	60,0	14,2

следующие статистические данные (см. табл. 1):

Анализ результатов исследований показывает, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз тревоги; депрессия; склонности к суицидальным мыслям или попыткам; медикаментозная, алкогольная или наркозависимость; психосоматические расстройства; заболевания сердечно-сосудистой системы.

Данные свидетельствуют о том, что у 50-100% пациентов, страдающих ПТСР, имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более. Кроме того, у пациентов с ПТСР особую проблему представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств.

На наш взгляд, необходимо отметить,

1. начальное воздействие;
2. сопротивление/отрицание;
3. допущение/подавление;
4. декомпенсация;
5. овладение с травмой и выздоровление.

#### Программа психологическая коррекционная

Индивидуальная психотерапия. Ее применение предполагает у клиента мотивацию, способность к саморефлексии и давление душевного страдания. Индивидуальный психоанализ с использованием кушетки и свободных ассоциаций по часу 3-4 раза в неделю, предполагает у клиента высокую толерантность к фрустрации, напряжению и страху. Требование к этим данным в глубинно – психологически ориентированной психотерапии, характеризуется более активным поведением, что делает ее более пригодной для работы с психосоматическими больными.

Групповая психотерапия. Множественная система отношений в терапевтической группе открывает для клиента возможность получения опыта самораскрытия в социальном поле, а также способствует ориентированию в реальной действительности.

Наряду с аналитически ориентированной групповой терапией используется клиент-центрированная психотерапия, транзактный анализ, психодрама, гештальт-терапия.

Семейная психотерапия. В нашем случае имеется показание к семейной терапии при наличии тесной связи между зависящими друг от друга членами семьи после произошедшей трагедии, при тяжелых психосоматических кризах и при недостаточной мотивации клиента. В рамках семейной психотерапии могут быть использованы такие методики, как «Построение семейной генограммы», тест Лири, «Сестра на место другого», «Скульптура семьи».

Семейная групповая терапия при формировании группы, состоящей из разных семей, с аналитической проблемой дает возможность клиентам найти поддержку в фазах отчаяния и рецидива. Важной задачей является распознавание собственного участия в болезненном процессе и разработка альтернатив своим ригидным установкам. Подобные группы могут быть выражением растущей автономизации носителей симптомов. В групповой работе может быть достигнуто разгрузка семейной системы, ведущей к расширению жизненного пространства клиента. Кроме того, могут быть вскрыты и проработаны переносы симптомов внутри семьи, например, депрессивные реакции, а также латентные, невысказанные и эмоционально «непрожитые» конфликты[5,17].

Семейная конфракция. Неидентичная семейной терапии, хотя может открыть пути к таковой. Семейная конфракция представляет собой однократные концентрированные вмешательства психолога или психотерапевта в рамках всей семьи. В разводе семья не должна интерпретировать связь между произошедшей потерей значимого члена семьи и обстановкой в семье. Это лишь углубит чувство вины у всех членов семьи и приведет к дальнейшей поляризации членов семьи. Для психолога важно найти фокус, указать семье на позитивные аспекты ее жизни и помочь разработать измененное поведение. Побуждение к конструктивному разговору о том, что может облегчить, изменить и помочь, имеет долговременную цель достижения переструктурирования семейной констелляции.

В тяжелых случаях личности, пережившие потерю близкого человека, в дополнение к вышеперечисленным методам психотерапии может быть рекомендовано релаксирующая физиотерапия, а в особо тяжелых случаях – медикаментозная терапия.

**Выводы:**

1. Лица, пережившие потерю близкого человека, стремятся найти ему замену, реализовать себя в близких эмоциональных отношениях.

2. У вышеуказанной категории лиц имеет место психосоматические заболевания.

3. Несмотря на различный интервал времени, после трагедии, у людей переживших потерю близкого человека определяется тревожность.

4. Для личностей, переживших потерю близкого человека, наиболее характерны следующие виды Эго-защиты:

- реактивные образования;
  - интеллектуализация;
  - компенсация;
  - регрессия.
- (по нисходящей).

5. Для изучаемой выборки испытуемых характерны личностные особенности: склонность к ипохондрической фиксации, соматические жалобы, умеренная депрессия, субъективизм в оценке социума и происходящих событий, избирательность в контактах, созерцательная личностная позиция, независимость во взглядах, высокая потребность в актуализации своей индивидуальности.

Исходя из указанного, мы выдвинули предположение о том, что личности переживший потерю близкого человека будут свойственны депрессия, тревога, ипохондрия.

В работе использовался специальный подобранный нами комплекс психодиагностических методик. Полученные данные были подвержены качественному анализу.

В заключении отметим, что задача практической психологии в русле данной проблемы состоит в необходимости расширения сети реабилитационных центров для оказания медико-психологической помощи лицам, страдающим ПТСР.

**Литература:**

1. Александровский Ю.А. Психология в экстремальных ситуациях. -М, 1991.-С4-93.
  2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация. -Л, 1988.
  3. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. - М, 1984. -200 с.
  4. Куташов В.А., Барабанова Л.В., Куташова Л.А. Современная медицинская психология. Воронеж, 2013.-170 с.
  5. Куташов В.А., Коротких Д.В. Психотерапия. Руководство. Том 1. Монография / Воронеж: ВГМА, 2014. - 729 с.
  6. Куташов В.А., Самсонов А.С., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Щербак Е.А.. Интеллектуализация анализа распротраненности депрессивно-тревожных расстройств в клинике внутренних болезней // Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины. - 2014. - Т13, №4. - С.993-996.
- МЕДИЦИНА | Май 2016

7. Куташов В.А., Кунин В.А., Куташова Л.А. Помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Монография. Воронеж, 2013. - 224 с.

8. Куташов В.А., Куташова Л.А., Депрессивные расстройства при различных хронических соматических заболеваниях // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2006. № 25. С. 24-27.

9. Некишова М.Б. Психопатология тяжелых реакций тяжелой утраты // Журнал Неврология и психиатрия. - 2000. - № 10. - С. 24-29.

10. Овсянников М.В., Куташов В.А., Захаров О.П., Куташова Л.А., Хабарова Т.Ю. Аффективные расстройства в психосоматической практике. Клинико-демографический анализ // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2015. №11-12. С.81-86.

11. Павлова М.С. Посттравматическое стрессовое расстройство. Острые и отдаленные реакции на травму // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 1. - С.46-49.

12. Пушкарев А.П., Доморацкий В.А., Торгеева В.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: Диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. - М, 2000. - С. 128.

13. Старшенбаум Г.В. Психотерапия острого горя // Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - № 4; 3. - с.73-78.

14. Тарабардина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб: Питер, 2001. - С. 272.

15. Тарабардина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал, 1992. -Т.13.- № 2. - С. 14-29.

16. Феменская Н.И. Постреактивные изменения психики. Трансформирующие затяжные психозы. Реактивные состояния в судебно-психиатрической практике. - М.: Медицина, 1968. - С. 103-10.

17. Хабарова Т.Ю. Применение арттерапии в лечении депрессивных и зависимых пациентов // Молодой ученый. - 2015. - №4. - С. 107-111.

18. Хабарова Т.Ю. Анализ современной системной коррекции депрессивных расстройств в психосоматической медицине [Текст]/Т.Ю.Хабарова//Молодой ученый.-2015.-№6.-С.305-308.

19. Черепанова Е.Н. Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. - М.: Академия, 1997.

**Literature:**

1. Alexander Y. Psychology in extreme situations. -M, 1991.-S4-93.
2. Berezin FB Mental and psycho-physiological adaptation. -A 1988.
3. Vasilyuk FE experiences Psychology: An Analysis of overcoming critical situations. - M, 1984 200. P.
4. Kutashov VA Barabanov LV, Kutashov L.A.Sovremennaya medical psychology. Voronezh, 2013.-170 with.

5. Kutashov VA, short DV Psychotherapy. Guide. Volume 1. Monograph / Voronezh VGMA, 2014. - 729 p.

6. Kutashov VA Samsonov AS, Budnevsky AV Priputnevich DN, Shcherbak EA .. Intellectualization analysis of the prevalence of depressive-anxiety disorders in the clinic of internal diseases // System analysis and management biomedical systems: magazine practical and theoretical biology and meditsiny. - 2014 - Т13, №4. - С.993-996.

7. Kutashov VA, VA Kunin, Kutashov LA Help people in crisis conditions, and suicidal behavior. Monograph. Voronezh, 2013. - 224 p.

8. Kutashov VA Kutashov LA, Depressive disorders in a variety of chronic somatic diseases // Scientific and Medical Bulletin of the Central Black Earth region. 2006. № 25. С. 24-27.

9. Nekishova MB Psychopathology protracted reactions bereavement // Journal of Neurology and Psychiatry. - 2000. - № 10. - С. 24-29.

10. Ovsyannikov MV Kutashov VA, Zakharov OP, Kutashov LA Khabarova TY Affective disorders in psychosomatic practice. Clinical and demographic analysis // Journal of Neurology, Psychiatry and neurohirurgii. 2015. №11-12. С.81-86.

11. Mikhail Pavlov Post-traumatic stress disorder. Acute and long-term responses to trauma // Russian Journal of Psychiatry. - 1999. - № 1. - С.46-49.

12. AP Pushkarev, Domoratsky VA, VG Torgeeva Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis, psihofarmakaterapiya, psychotherapy. - M., 2000. - С. 128.

13. GV Starshenbaum Psychotherapy acute grief // Social and clinical psychiatry. - 1994. - № 4; 3. - с.73-78.

14. Tarabardin NV Workshop on the psychology of post-traumatic stress. - St. Petersburg: Peter, 2001. - С. 272.

15. Tarabardin NV EO Lazebnaya The syndrome of post-traumatic stress disorders: current status and problems // Psychological magazine, 1992. -Т.13.- № 2. - P. 14-29.

16. Femenskaya NI Postreactive mental changes. Transforming prolonged psychosis. Reactive state in forensic psychiatric practice. - M.: Medicine, 1968. - С. 103-10.

17. TY Khabarova The use of art therapy in the treatment of depressive and dependent patients // Young scientist. - 2015. - №4. - С. 107-111.

18. TY Khabarova Analysis of the current system of correction of depressive disorders in psychosomatic medicine [Text] /T.Yu.Habarova//Molodoy uchenyy.-2015.-№6.-С.305-308.

19. Cherepanov EN Psychological stress: Help yourself and your child. -M.: Academy 1997.

**Сведения об авторе:**

**Митогуз Оксана Александровна**, медицинский психолог БУЗ ВО «Бобровская РБ»  
Адрес электронной почты: nazareth77709@rambler.ru

# ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ ЗАБОЛЕВШИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Николаева А.А.,

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области», психолог комиссии педиатрического профиля, Россия, г. Воронеж

Хабарова Т.Ю.,

к.псих.н, доцент кафедры психиатрии и неврологии

ИДПО ГБОУ ВПО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф., Россия, г. Воронеж

**Аннотация:** При сахарном диабете специфика адаптационного процесса имеет свои характерные особенности. Влияние хронического заболевания на психику человека, реакции на болезнь изучались многими отечественными исследователями (Г.А. Ариной, Ю.Г. Зубаревым, Б.В. Иовлевым, Н.Я. Ивановым, Б.Д. Карвасарским, Н.Д. Лакошиной, А.Е. Личко, Р.А. Лурия, Т.Ю. Мариловой, В.В. Николаевой, Л.Л. Рохлиным, Е.Т. Соколовой, В.А. Ташлыковым, А.Ш. Тхостовым и др.) [1,4,9].

Клинические наблюдения и психосоциальные исследования детей и подростков, больных сахарным диабетом, показывают, что заболевание порождает ряд специфических адаптационных проблем, затрудняющих психосоциальное развитие человека в целом, что объясняется искажающим воздействием болезни на процессы, происходящие в растущем организме.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, социальная адаптация.

**Актуальность.** В структуре эндокринологических заболеваний сахарный диабет (СД) является самой распространенной эндокринной патологией. Данное заболевание чрезвычайно распространено во всем мире, уступая болезням кровообращения, онкологическим заболеваниям, болезням костно-мышечной системы и психическим расстройствам, оставаясь при этом в числе ведущих инвалидизирующих нозологических категорий.

Диабетик, болеющий с детства, при условии, что у него нетяжелое течение заболевания и хорошо скомпенсированное состояние здоровья с медико-социальной точки зрения различными препаратами, диетой, профилактическими мерами и средствами социальной поддержки в процессе своего взросления, как правило, успевает хорошо приспособиться к своему заболеванию, с которым в дальнейшем ему придется жить и жить. Однако нередко врачи-эндокринологи при лечении детей с диабетом сталкиваются с тяжелым течением данного заболевания, формирующим достаточно серьезные осложнения на уровне психосоциального функционирования человека.

Часто дети, болеющие диабетом, под влиянием тревожных реакций семейного окружения становятся интровертированными, замкнутыми, испытывают незащищенность и эмоциональную заброшенность. В дальнейшем подобные переживания могут спровоцировать формирование детских страхов, негативной настрой к лечению и отрицающее отношение к заболеванию, устойчиво закрепившись в структуре личности ребенка.

Все социальное окружение такого ребенка (родители, члены семьи, врачи, педагоги, психологи и социальные работники) обязаны учитывать специфические психофизиологические особенности диабетиков, так как дети с тяжелым течением сахарного диабета на протяжении взросления в буквальном смысле составляют дезадаптированную «группу риска» с

последующими трудностями социализации. Отличительной особенностью адаптации детей диабетиков, заболевших в раннем возрасте от человека, узнавшего о данном заболевании в более старшем возрасте, является отсутствие психологического феномена «комплекса утраты своего здоровья», так как они никогда еще не были взрослыми и при этом здоровыми людьми. А дети, заболевшие в возрасте двух, трех-четырёх лет вообще никогда не жили без болезни, они не помнят себя без уколов и диеты. С рождения инъекции инсулина для этих детей - это обыденность, доведенная до автоматизма. Их жизнь была и всегда протекала на фоне данного заболевания, что видимо, способствует более лучшей адаптации, по сравнению с пациентами, заболевшими в более позднем возрасте. Кризис возрастного развития, у болеющих с детства, накладывается на ненормативный кризис, связанный с возникновением заболевания. Проживая два кризиса вместе, личность ребенка, формируясь в процессе взросления, выходит на новый уровень, приобретая в своем эго-состоянии такое психологическое новообразование, в структуру которого заболевание уже как бы встроено.

При этом «безоблачной» адаптацию детей с диабетом любого возраста называть тяжело, а ее качественный уровень всегда зависит от способности родителей правильно сопровождать ребенка на пути преодоления всех возникающих трудностей и от возможностей реабилитационной среды, доступность которой также определяет прогноз и качество реабилитации [2,6,7,10].

Достаточное информирование родителей, детей, в раннем возрасте заболевших диабетом, как правило, позволяет им сформировать определенные совладающие стратегии и приспособить семью и ребенка к жизни с диабетом. Помимо психологических факторов, оказывающих влияние на адаптацию,

огромное значение имеют и социально-экономические, социально-средовые и социально-бытовые факторы, игнорировать которые невозможно.

Все это делает неоспоримым тот факт, что наряду с медицинскими реабилитационными мероприятиями, компенсирующими соматическое состояние, всем больным необходимо регулярное психосоциальное сопровождение и активная поддержка как самих пациентов, страдающих данным заболеванием, так и членов их семей.

Несомненно, что наличие у ребёнка такого заболевания как сахарный диабет 1 типа может существенно влиять на адаптацию в коллективе. По мере того, как ребёнок растёт, у него формируется определённое особое отношение к своей болезни, которое в свою очередь формирует личность и приводит к изменению эмоциональной сферы. Выраженность этих изменений полностью зависит от того, как ребёнок относится к своему заболеванию. Практически невозможно сформировать в ребёнке правильное отношение к социальным моментам жизни без специализированной помощи. В конце концов, отсутствие такой помощи может привести к психологическим проблемам и психическим заболеваниям в будущем [3,4,11].

Как проявляются эти проблемы? У одних данные неприятности выражаются в чувстве противоречия ко всему, что предлагают взрослые для сохранения здоровья и хорошего самочувствия. Другие же, наоборот, контролируют своё состояние очень тщательно и дотошно, что доходит до неких фобических состояний.

**Направления профилактики отклонений у детей с сахарным диабетом (СД).** Из направлений профилактики сахарного диабета выделяют в основном:

- работа с семьёй;
- работа с медицинским персоналом;
- работа с учителями.

**Работа с семьёй.** С семьёй ребенка



должна проводиться целенаправленная и полноценная работа для того, чтобы обеспечить достижение психологического комфорта, поскольку во многом адаптация ребёнка в социальную среду зависит от отношения родителей к его болезни, от стиля воспитания в семье. Многие реакции родителей на болезнь их чада переносятся на ребёнка, то есть ребёнок точно также начинает воспринимать свою болезнь. Таким образом, если к болезни относятся пессимистично и с постоянными слезами, вздохами и нагнетанием атмосферы стрессовости и страха, ребёнок будет испытывать те же ощущения. Несомненно, что у каждого ребёнка с сахарным диабетом имеются проблемы взаимодействия с родителями. Именно поэтому психопрофилактика в семье ставит целью:

- предотвратить неправильную и неадекватную реакцию родителей на болезнь сына или дочери;
- профилактика принятия неконструктивных решений и совершения подобных действий;
- работа с родителями для формирования у них адекватного отношения к заболеванию;
- эмоциональная грамотность родителей по отношению к болезни в виде тревоги и снижения чувства вины;
- формирование правильных детско-родительских отношений;
- формирование в родителях уверенности в ребёнке, в его способностях и возможностях.

Если в семье будет всё хорошо, тогда и в социально-психологической адаптации всё будет складываться более гладко. Реализовать такую профилактику можно во время индивидуальных и групповых занятий с психологом или при вступлении семей в тематические организации, оказывающие данный вид помощи. В этих организациях занятия проходят достаточно интересно, дети получают новую информацию по сахарному диабету, а родители обмениваются опытом.

**Работа с учителями.** Для того, чтобы учителя правильно реагировали на детей с сахарным диабетом, необходимо повышать уровень знаний работников образования в данном вопросе. Нужная информация, поданная в правильном ключе, повышает психологическую культуру педагога. Учитель просто обязан понимать, какие последствия сахарного диабета время от времени могут встречаться и способствовать созданию комфортной

обстановки для больного ребёнка, однако, которая не выделяла бы его из коллектива. Такого баланса достичь очень сложно, но необходимо.

**Работа с медицинским персоналом.** Основным моментом здесь является соблюдение медицинской этики и деонтологии, без которых невозможна полноценная и продуктивная работа с пациентом, больным сахарным диабетом.

Для того чтобы справиться с трудностями и успешно компенсировать заболевание, медикаментозное лечение следует сочетать со стабилизацией психического состояния, что облегчает, в свою очередь, и нормализацию соматического здоровья.

Жизнь детей с сахарным диабетом не должна ничем отличаться от жизни здоровых детей. Подобные меры улучшат качество жизни и будут являться залогом социальной безопасности диабетических больных.

#### Литература

1. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. М., 2002.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. Сахарный диабет в России: проблемы и решения. – М. – 2008 г. с. 3-6.
3. Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом 1 типа / О.Г. Мотовилин, Л.Н. Щербачева, Е.А. Андрианова [и др.] // Сахарный диабет. – 2008 г. – № 4(41) с. 50-54.
4. Зелинский С.М. Психические расстройства и внутренняя картина болезни у детей, страдающих сахарным диабетом. Автореф. Диссертация канд. мед. наук. СПб., 1993.
5. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. - СПб.: Питер, 2007 г. – 512 с.
6. Куташов В.А., Барабанова Л.В., Куташова Л.А. Современная медицинская психология. Воронеж, 2013.-170 с.
7. Куташов В.А., Коротких Д.В. Психотерапия. Руководство. Том 1. Монография / Воронеж: ВГМА, 2014. – 729 с.
8. Куташов В.А., Глухов А.А., Степанян Н.А., Рог А.И. и др. Статистика в медицинских исследованиях. Монография. Воронеж, 200 с.
9. Куташов В.А., Сахаров И.Е. Неврология и психиатрия детского возраста Монография / Воронеж: 2015. - 703 с.
10. Морозова Е.В. Основные направления психологической реабилитации больных сахарным диабетом. Журнал «Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспер-

тизе, реабилитации и реабилитационной индустрии», 2004 г. № 4, с. 75-76.

11. Чуваков Г.И. Особенности познавательных процессов у детей, больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. 1992 г. №2. с. 3-6.

#### Literature:

1. Dedov I. I., Kuraeva T. L., V. A. Peterkova, Sherbakova L. N. Diabetes mellitus in children and adolescents. M., 2002.
2. Dedov I. I., Shestakova M. V., Suntsov Yu. I. diabetes in Russia: problems and solutions. – M. – 2008. p. 3-6.
3. Parent-child relationships in families of children with diabetes type 1. Motovilina, L. N. Sherbakova, E. A. Andrianova [et al.] / / diabetes. – 2008. – № 4(41) pp. 50-54.
4. Zelinsky S. M. Mental disorders and the internal picture of the disease in children with diabetes. Avtoref. Thesis Cand. med. Sciences. SPb., 1993.
5. Isaev D. N. Psychosomatic disorders in children: a guide for physicians. - SPb.: Piter, 2007. – 512 p.
6. Kutasov V. A., Barabanova L. V., L. A. Kutasov Modern medical psychology. Voronezh, 2013.-170 С.
7. Kutasov V. A., Korotkikh D. V. Psychotherapy. Guide. Volume 1. Monograph / Voronezh: vigma, 2014. – 729 p.
8. Kutasov V. A., Glukhov A. A., Stepanian N. And., Horn A. I. and others, Statistics in medical research. Monograph. Voronezh, 200 p.
9. Kutasov V. A., Sakharov I. E. Neurology and psychiatry in childhood Monograph / Voronezh: 2015. - 703 p.
10. Morozova E. V. the Main directions of psychological rehabilitation of patients with diabetes. The journal "Vestnik of the all-Russian society of specialists in medico-social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry", 2004, № 4, p. 75-76.
11. Chuvakov G. I. Peculiarities of cognitive processes in children with diabetes mellitus // Problems of endocrinology. 1992 No. 2. S. 3-6.

#### Сведения об авторе:

**Николаева Анна Алексеевна**, Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Воронежской области», психолог комиссии педиатрического профиля. Адрес электронной почты: bonik79@mail.ru

**Хабарова Татьяна Юрьевна** - кандидат психологических наук, доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко



394019, г. Воронеж,  
ул. Солнечная, д. 17, офис 20  
<http://www.i-ritm.ru>  
Тел.: 8(473) 290-24-53

## ИЗДАТЕЛЬСТВО МОНОГРАФИЙ

Цены действительны  
на момент публикации.



с ISBN и рассылкой

Тираж: **50 экз.**  
Количество страниц: ..... **200**  
Формат: ..... **A5**  
Цена: мягкий переплет ..... **5000 р.**  
твердый переплет..... **10000 р.**



# ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ОБЩЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ, СРЕДСТВАМИ АРТТЕРАПИИ

**Ткачева Н.В.,**

медицинский психолог БУЗ ВО ВОДКБ №1, Россия, г. Воронеж

**Куташов В.А.,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ГБОУ ВПО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф., Россия, г. Воронеж

**Хабарова Т.Ю.,**

к.псих.н, доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ГБОУ ВПО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф., Россия, г. Воронеж

**Аннотация.** В настоящее время отмечается увеличение детей, страдающих Детским Церебральным Параличом, которые имеют проблемы в общении. Психологическая коррекция является важным звеном всей системы психолого-педагогической помощи детям церебральными параличами.

**Актуальность.** Имеющиеся в арсенале практического психолога приёмы и методы психокоррекции этой сферы у дошкольников данной категории часто используются без учёта формы заболевания, уровня развития интеллектуальных процессов и особенностей эмоционально-волевой сферы. Отсутствие чётко разработанных дифференцированных методов психокоррекции детей с ДЦП, неадекватный подбор психотехнических приёмов может отрицательно сказываться на качестве психического развития больного ребёнка, а также создаёт существенные трудности в работе педагогов и родителей.

Необходимость в исправлении имеющихся нарушений в психическом развитии детей, гармонизации их личности и профилактике возможных отклонений в развитии повлияла на выбор темы, цели и задач данного исследования.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, арттерапия, кинезитерапия, музыкацветотерапия, имаготерапия, библиотерапия, изотерапия.

**Целью** исследования явилось выявление особенностей общения дошкольников, страдающих ДЦП, и разработка программы «Цветная музыка» психокоррекции общения дошкольников, страдающих ДЦП, с использованием арттерапии.

**Гипотезой** выступило предположение, что психологическая коррекция общения детей дошкольного возраста, страдающих детским церебральным параличом, наиболее эффективно осуществляется в ходе работы по программе «Цветная музыка» с использованием средств арттерапии.

**Материал и методы** исследования были выбраны с учётом специфики предмета и объекта, соответствовали цели, задачам и гипотезе работы:

1. Психодиагностические методы, применяемые с целью отбора и дифференциации испытуемых:

- сионометрическая методика Морено Дж.[8],

- опросник «Каков ребёнок во взаимоотношениях с окружающими людьми?» Немова Р.С. [7],

- анкета «Трудности в общении» Шипицыной Л.М. и Вороновой А.П.[12],

- рисунок на тему «Ребёнок – детское общество» Урунтаевой Г.А. и Афонкиной Ю.А. [10].

2. Эксперимент, направленный на выявление сплочённости – разобщения группы.

3. Обсервационный метод (наблюдение).

4. Анализ результатов деятельности.

5. Метод психологической коррекции трудностей общения у дошкольников средствами арттерапии[3].

Исследование проводилось в г.Воронеже в 2015г. Базой эмпирического исследования явилось Неврологическое

отделение №1 стационара БУЗ ВО «ВОДКБ №1» и предназначенное для проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. В своей деятельности руководствуется законодательством РФ, приказами департамента здравоохранения Воронежской области, уставом БУЗ ВО «ВОДКБ №1».

В исследовании участвовало две группы дошкольников (контрольная и экспериментальная) в возрасте от 4 до 7 лет по 35 детей в каждой.

## Результаты исследования:

По результатам эмпирического исследования, направленного на исследование уровня развития общения дошкольников, страдающих ДЦП, было выявлено следующее:

Дети, страдающие Детским Церебральным параличом, являются сложной категорией. У них отмечаются отставание в крупной и мелкой моторике, эмоционально-волевой сферы, речи; могут присутствовать патологические черты характера, а также высокий уровень тревожности и агрессивности[9].

Эти проблемы приводят к возникновению сложностей в общении.

## Программа психологической коррекции.

До начала работы: знакомство, беседа, психологическая диагностика. Информирование о целях и задачах работы. Повышение мотивации к работе. Первичное заключение в доступной для пациента форме.

Психокоррекционное воздействие по данной программе осуществлялось

Методики	Уровень	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1. Методика «Выбор в действии»	Высокий	0	0
	Средний	8	8
	Низкий	22	20
	Очень низкий	5	7
2. Методика Исследования межличностных отношений «Каков ребёнок во взаимоотношениях с окружающими людьми»	Высокий	3	4
	Средний	18	18
	Низкий	14	12
3. Методика исследования трудностей в общении	Очень высокий	0	1
	Высокий	2	2
	Средний	10	17
	Низкий	20	13
4. Методика Рисунок на тему: «Ребёнок – детское общество»	Присут. недруга	3	3
	старательность	26	25
	Небрежн.	10	11
	Аксессуары	19	19
		9	27

в течение 21 дня в четырёх подгруппах экспериментальной группы (в контрольной группе психокоррекционная работа не проводилась), учитывая особенности госпитализации детей в стационаре: дети проходят курс лечения продолжительностью 21 день через 6-12 недель.

Завершающий этап-повторная психодиагностика.

#### Цели психологической коррекции:

1. нормализация психоэмоционального состояния;
2. восстановление и сохранение психического здоровья и предупреждение эмоциональных расстройств у детей;
3. восстановление энергетического равновесия;
4. переработка травмирующих ситуаций;
5. решение личностных проблем.

Работа проводилась в следующих направлениях арттерапии [4,5,6]:

1. **Кинезитерапия** – психотерапевтический метод, использующий танец и движение в качестве лечебного средства, направлена на развитие правильного понимания жестов.
2. **Имаготерапия** – психотерапевтический метод, использующий образ, театральное искусство.
3. **Музыкотерапия** – психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства.
4. **Библиотерапия** – психотерапевтический метод, использующий в качестве лечебного средства литературные произведения.
5. **Музыкацветотерапия** – психотерапевтический метод, использующий в качестве лечебного средства музыку и разнообразно окрашенный свет
6. **Изотерапия** – психотерапевтический метод, использующий изобразительное искусство, рисунок в качестве лечебного средства.

#### Программа «Цветная музыка»:

**1-й день и 2-й день.** Психодиагностика с использованием методик, указанных выше.

##### 3-й день.

Кинезитерпия.

Цель: развитие правильного понимания выразительных движений рук и адекватное использование жеста

Средства: упражнение «Это я. Это моё»

Музыкотерапия.

Цель: установление контакта с пациентами.

Средства: Григ Э. Пер Гюнт. Утро.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: зелёный цвет при освещении.

Изотерапия.

Цель: определение эмоционального состояния ребёнка.

Средства: рисунок настроения ребёнка.

##### 4-й день.

Кинезитерпия.

Цель: развитие правильного понимания выразительных движений рук и адекватное

использование жеста.

Средства: упражнение «Заколдованный ребёнок».

Музыкотерапия.

Цель: нормализация психоэмоционального состояния.

Средства: Чайковский. Вальс цветов.

Библиотерапия.

Цель: развитие положительной «Я»-концепции.

Средства: сказка «Принцесса, которая не нравилась собой себе».

Изотерапия.

Цель: развитие мелких мышц рук

Средства: лепка из пластилина различных выражений лица.

##### 5-й день.

Кинезитерпия.

Цель: развитие правильного понимания выразительных движений рук и адекватное использование жеста

Средства: упражнение «Иди ко мне».

Музыкотерапия.

Цель: установление контакта между собой.

Средства: Оффенбах. Большой вальс.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: жёлтый и зелёный цвета при освещении.

Изотерапия.

Цель: накопление положительных эмоций.

Средства: рисунок лучшего дня в жизни.

##### 6-й день.

Кинезитерпия.

Цель: работа над отображением положительных черт характера.

Средства: упражнение «Смелый заяц».

Музыкотерапия.

Цель: нормализация психоэмоционального состояния

Средства: Бах. Сюита №3. Ария.

Библиотерапия.

Цель: развитие положительной «Я»-концепции.

Средства: сказка «Сказка Элизабет».

Изотерапия.

Цель: развитие мелких мышц рук.

Средства: лепка из пластилина.

##### 7-й день.

Кинезитерпия.

Цель: работа над отображением положительных черт характера.

Средства: упражнение «Посещение больного».

Музыкотерапия.

Цель: нормализация психоэмоционального состояния.

Средства: Шопен. Вальс №7.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия

Средства: зелёный и голубой цвета при освещении.

Изотерапия.

Цель: отображение позитивных черт героев

Средства: рисунок героев сказки «Элизабет».

##### 8-й день.

Кинезитерпия.

Цель: работа над отображением положительных черт характера.

Средства: упражнение «Капитан».

Музыкотерапия.

Цель: нормализация психоэмоционального состояния.

Средства: Римский-Корсаков. Полёт шмеля.

Имаготерапия.

Цель: эмоциональное воздействие (потрясение, катарсис) и очищение от отрицательных эмоций.

Средства: психодрама по сказке.

Библиотерапия.

Цель: развитие умения общаться

Средства: Сказка «о Принце».

Изотерапия.

Цель: развитие мелких мышц рук.

Средства: лепка из пластилина героя сказки.

##### 9-й день.

Кинезитерпия.

Цель: отображением отрицательных черт характера.

Средства: упражнение «Эгоист».

Музыкотерапия.

Цель: эмоциональное воздействие (потрясение, катарсис) от переживаний в музыке.

Средства: Вивальди. Времена года. Зима.

Имаготерапия .

Цель: переработка травмирующей ситуации.

Средства: психодрама по травмирующей ситуации.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление психоэмоционального состояния

Средства: зелёный цвет при освещении

Изотерапия.

Цель: избавление от отрицательных эмоций.

Средства: рисунок самого плохого дня в жизни.

##### 10-й день.

Кинезитерпия.

Цель: отображением отрицательных черт характера.

Средства: упражнение «Злюка».

Музыкотерапия.

Цель: очищение от отрицательных болезненных состояний.

Средства: Бетховен. Соната для фортепиано №17.

Имаготерапия .

Цель: переработка травмирующей ситуации.

Средства: психодрама по сказке.

Библиотерапия.

Цель: развитие умения общаться.

Средства: «История о принце, который носил маску».

Изотерапия.

Цель: развитие мелких мышц рук.

Средства: лепка из пластилина фигуры мамы.

##### 11-й день.

Кинезитерпия.

Цель: отображением отрицательных черт характера.

Средства: упражнение «Жадный пёс».

Музыкотерапия.

Цель: очищение от отрицательных болез-

ненных состояний.

Средства: Чайковский. Танец феи Драже.

Имаготерапия.

Цель: переработка травмирующей ситуации.

Средства: психодрама травмирующей ситуации.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление психоэмоционального равновесия.

Средства: жёлтый и зелёный цвет при освещении.

Изотерапия.

Цель: развитие любви и уважения к родителям.

Средства: рисунок настроения мамы.

#### 12-й день.

Кинезитерпия.

Цель: сопоставление различных черт характера.

Средства: упражнение «Два друга».

Музыкотерапия.

Цель: очищение от отрицательных болезненных состояний.

Средства: Чайковский. Первый концерт для фортепиано с оркестром.

Имаготерапия.

Цель: переработка травмирующей ситуации.

Средства: психодрама по сказке.

Библиотерапия.

Цель: развитие умения общаться.

Средства: «Сказка о капризной принцессе».

Изотерапия.

Цель: развитие творческого воображения.

Средства: лепка из пластилина героев сказки (совместная работа).

#### 13-й день.

Кинезитерпия.

Цель: сопоставление различных черт характера.

Средства: упражнение «Три характера».

Музыкотерапия.

Цель: очищение от отрицательных болезненных состояний.

Средства: Глинка. Руслан и Людмила. Увертюра.

Имаготерапия.

Цель: переработка травмирующей ситуации.

Средства: психодрама травмирующей ситуации.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: зелёный цвет при освещении.

Изотерапия.

Цель: умение работать совместно.

Средства: рисунок героев сказки (совместная работа).

#### 14-й день.

Кинезитерпия.

Цель: коррекция эмоциональной сферы.

Средства: упражнение «Собачка принюхивается».

Музыкотерапия.

Цель: очищение от отрицательных болезненных состояний.

Средства: Вивальди. Времена года. Лето.

Имаготерапия.

Цель: импровизация на тему проблемы агрессии.

Средства: психодрама по сказке.

Библиотерапия.

Цель: устранение вспышек агрессии.

Средства: сказка «Мальчик-чудовище».

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление психоэмоционального состояния.

Средства: зелёный и голубой цвета при освещении.

Изотерапия.

Цель: овладение навыками совместной работы.

Средства: лепка на плоскости из пластилина.

#### 15-й день.

Кинезитерпия.

Цель: коррекция эмоциональной сферы.

Средства: упражнение «Ласка».

Музыкотерапия.

Цель: снятие нервно-психического напряжения.

Средства: Григ. Песня Сольвейг.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: зелёный цвет при освещении.

Изотерапия.

Цель: овладение умением изображения.

Средства: рисунок героев сказки (бумага, цветные карандаши).

#### 16-й день.

Кинезитерпия.

Цель: коррекция эмоциональной сферы.

Средства: упражнение «Медвежата выдворовели».

Музыкотерапия.

Цель: снятие нервно-психического напряжения.

Средства: Чайковский. Лебединое озеро.

Имаготерапия.

Цель: разыгрывание отношений из сказки.

Средства: психодрама по сказке.

Библиотерапия.

Цель: устранение эгоцентрического понимания любви.

Средства: сказка «Принцесса и фея бабочек».

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: зелёный и жёлтый цвета при освещении.

Изотерапия.

Цель: работа над умением справляться с эмоциями.

Средства: лепка из пластилина эмоциональных выражений лица.

#### 17-й день.

Кинезитерпия.

Цель: обучение приёмам саморасслабления.

Средства: упражнение «Сосулька»

Музыкотерапия.

Цель: снятие нервно-психического напряжения.

Средства: Свиридов. Метель. Романс.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: зелёный и голубой цвета при освещении.

Изотерапия.

Цель: осознание и разрешение проблемных ситуаций.

Средства: рисунок героев сказки (бумага, цветные карандаши).

#### 18-й день.

Кинезитерпия.

Цель: обучение приёмам саморасслабления.

Средства: упражнение «Каждый спит».

Музыкотерапия.

Цель: релаксация.

Средства: Массне. Медитация.

Имаготерапия.

Цель: обыгрывание образов из сказки.

Средства: психодрама по сказке.

Библиотерапия.

Цель: позитивное ориентирование на жизненные ценности.

Средства: сказка «О забывчивой фее».

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: зелёный цвет при освещении.

Изотерапия.

Цель: развитие мелких мышц рук.

Средства: лепка из пластилина.

#### 19-й день.

Кинезитерпия.

Цель: обучение приёмам саморасслабления.

Средства: упражнение «Это я. Это моё»

Музыкотерапия.

Цель: релаксация.

Средства: Сен-Санс. Карнавал животных. Лебедь.

Музыкацветотерапия.

Цель: восстановление энергетического равновесия.

Средства: зелёный и жёлтый цвета при освещении.

Изотерапия.

Цель: разрешение проблемной ситуации.

Средства: рисунок героев сказки (бумага, цветные карандаши).

20-й день и 21-й день. Психодиагностика с использованием методик, указанных выше.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДОШКОЛЬНИКАМИ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.

У детей с церебральными параличами нарушения в психическом развитии находятся в тесной взаимосвязи с двигательными расстройствами. Обездвиженность ребёнка во многом мешает ему активно познавать окружающий мир [1].

Как правило, сочетаются двигательные расстройства, речевые нарушения и задержка формирования отдельных психических функций.

Тонкие движения пальцев неразвиты практически у всех детей, наблюдается недоразвитие выразительных движений, в первую очередь мимических, особенно важных в процессе общения.

Имеют место различные формы ди-

зартии (в самых тяжёлых случаях может наблюдаться анартрия).

Нарушения звукопроизношения в большинстве случаев сочетаются с общим недоразвитием речи.

Наличие речевых нарушений снижают мотивацию к речевому общению, ведёт к трудностям речевого контакта.

Практически у всех детей имеют место астенические проявления: пониженная работоспособность, истощаемость всех психических процессов, замедленное восприятие, трудности переключения внимания, малый объём памяти.

Для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата характерны особенности в формировании личности: пониженный фон настроения, тенденция к ограничению социальных контактов, заниженная самооценка, уход в болезнь, ипохондрические черты характера.

Также своеобразна структура личности. Достаточно интеллектуальное развитие часто сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, с повышенной внушаемостью. Легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности. Отмечается формирование таких черт личности как робость, застенчивость, неумение отстаивать свои интересы в сочетании с повышенной чувствительностью, обидчивостью, впечатлительностью, замкнутостью[2].

По окончании психологической коррекции отмечается позитивная динамика межличностных отношений, уменьшение трудностей в общении, имеет место приподнятое настроение участников экспериментальной группы, заинтересованность в занятиях. Дети с охотой участвуют в выполнении заданий, рисованию.

После проведения психокоррекционных мероприятий была проведена контрольная психодиагностическая работа с использованием тех же методик и получены следующие результаты:

Методики	Уровень	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1.Методика «Выбор в действии»	Высокий	0	1
	Средний	9	12
	Низкий	18	10
	Очень низкий	8	12
2.Методика Исследования межличностных отношений «Каков ребёнок во взаимоотношениях с окружающими людьми»	Высокий	2	4
	Средний	17	24
	Низкий	14	7
	Очень низкий	2	0
3.Методика исследования трудностей в общении	Очень высокий	0	0
	Высокий	13	0
	Средний	20	4
	Низкий	2	31
4.Методика Рисунок на тему: «Ребёнок – детское общество»	Присут. недруга	24	10
	старательность	12	21
	Небрежн.	17	7
	Аксессуары	8	22

#### Выводы:

1. Применение психокоррекционной программы способствовало позитивной динамике межличностных отношений дошкольников с ДЦП, что проявилось в увеличении уровня сплочённости детей. В повышении их статусов.

2. Увеличилось число детей, имеющих средний и высокий уровень развития коммуникативных качеств.

3. Исследование взаимоотношений ребёнка со сверстниками, а так же различных форм их поведения позволяет судить об уменьшении трудностей в общении, испытываемых дошкольниками экспериментальной группы.

4. При выявлении сверстника, к которому испытуемый проявляет негативное отношение, отмечается уменьшение количества рисунков с присутствием недруга и выполненными небрежно, в то время как старательность и присутствие аксессуаров, деталей увеличилось.

5. Разработанная и апробированная программа «Цветная музыка» психокоррекции общения у детей, страдающих ДЦА, с использованием средств арттерапии, наиболее соответствует решению проблем адаптации и социализации детей данной категории.

#### Литература

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте, М.: Русич, 1989. – С. 307.
2. Брейтман М.Я. О клинической картине детского головного паралича, Спб: Медицина, 1902. – С. 517.
3. Ветлугина Н.А. Художественное творчество и ребёнок, М.: Просвещение, 1974 – С. 290.
4. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом, Л.: Медицина, 1977 – С. 306.
5. Завьялов В.Ю. Музыкальная релаксационная терапия: Практическое руководство. Москва-Новосибирск, 1985. – С. 274.

6. Исаурин Г.Л. Групповые методы психокоррекции и психотерапии//Методы психологической диагностики и коррекции в клинике, Л.: Наука, 1983. – С.288

7. Немов Р.С..Психология. Т. 1. – М., Владос,2001. – С. 631.

8. Немов Р.С..Психология. Т. 3. – М., Владос,2001. – С. 631.

9. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. М.: Медицина, 1968. – С. 290.

10. Урунтаева Г.А., Афонкина Ю.А. Практикум по детской психологии. М.1995. – С. 289.

11. Черняева С.А. Психотерапевтические сказки и игры. Спб: Речь, 2003.

12.Шипицына Л.М. Воронева А.П. Азбука общения, Спб:Детство-пресс,2000-С.394.

#### Literature:

1. Bozhovich L.I. Lichnost' i e formirovanie v detskom vozraste, M.: Rusich, 1989. – S. 307.

2. Breytman M.YA. O klinicheskoy kartinе detskogo golovnogo paralicha, Spb: Medicina, 1902. – S. 517.

3. Vetlugina N.A. Hudozhestvennoe tvorchestvo i rebyonok, M.: Prosveshchenie, 1974 – S. 290.

4. Danilova L.A. Metody korrekcii rechevogo i psihicheskogo razvitiya u detej s cerebral'nym paralichom, L.: Medicina, 1977 – S. 306.

5. Zav'yalov V.YU. Muzykal'naya relaksacionnaya terapiya: Prakticheskoe rukovodstvo. Moskva-Novosibirsk, 1985. – S. 274.

6. Isaurina G.L. Gruppovye metody psihokorrekcii i psihoterapii//Metody psihologicheskoy diagnostiki i korrekcii v klinike, L.: Nauka, 1983. – S.288

7. Nemov R.S..Psihologiya. T. 1. – M., Vlados,2001. – S. 631.

8. Nemov R.S..Psihologiya. T. 3. – M., Vlados,2001. – S. 631.

9. Semenova K.A. Detskie cerebral'nye paralichi. M.: Medicina, 1968. – S. 290.

10. Uruntaeva G.A., Aфонкина YU.A. Praktikum po detskoj psihologii. M.1995. – S. 289.

11. Chernyaeva S.A. Psihoterapevticheskie skazki i igry. Spb: Rech', 2003.

12.SHipicyна L.M. Voroneva A.P. Azbuka obshcheniya, Spb:Detstvo-press,2000-С.394.

#### Сведения об авторе:

**Ткачева Наталья Владимировна**, медицинский психолог БУЗ ВО ВОДКБ №1

Адрес электронной почты: key7@inbox.ru

**Куташов Вячеслав Анатольевич**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ИДПО ГБОУ ВПО ВГМУ им. НН. Бурденко Минздрава Р.Ф.

**Хабарова Татьяна Юрьевна** - кандидат психологических наук, доцент кафедры психиатрии и неврологии ИДПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко.



# ПРОБЛЕМА СТОРОННИХ ЗАКАЗОВ В ОАО «РЖДСТРОЙ»

Власенко Светлана Сергеевна

магистрант

ФГБОУ ВО Воронежский ГАСУ, Россия, г. Воронеж

**Аннотация.** В статье проведен анализ структуры заказчиком АО РЖДстрой, на основании которого выявлены причины недостатка сторонних заказов в компании и ее преимущественной ориентации на выполнение заказов холдинга АО РЖД

**Ключевые слова:** заказчик, управление, строительное предприятие

В силу сформировавшегося подхода в АО «РЖДстрой» существует деление доходов на выручку от заказов материнской компании АО «РЖД», а также дочерних предприятий АО «РЖД» и выручку по объектам сторонних заказчиков. При этом существует различный подход к выручке от материнской компании и от сторонних заказчиков:

- заказ от материнской компании формируется вне конкурса и от своевременности его выполнения зависит репутация руководителей, размер их годовых бонусов, и сохранение контракта с компанией;

- заказы от сторонних инвесторов формируются за счёт выигрыша в тендерных торгах, от качества и сроков выполнения сторонних заказов формируется имидж компании.

Рассмотрев динамику изменения выручки, с момента образования компании (апрель 2006 года) по настоящее время, в разрезе заказчиков, приходим к выводу, что доля сторонних заказов в общей выручке существенно снижается, что негативно отражается на различных финансовых показателях (ROS, ROCE и др.).

Для наглядности представим сегментации заказчиков АО «РЖДстрой» в виде схемы (рис. 1):

Несмотря на то, что компания стремится иметь портфель заказов, образованный из различных источников, в то же

**Таблица 1. Анализ затрат на СМР в 2013 - 2014 гг.**

Показатели	1-й квартал 2013г. Доля в суммарных затратах, %	2-й квартал 2013 г. Доля в суммарных затратах, %	1-е полугодие 2014 г. Доля в суммарных затратах, %
Переменные затраты	58,3	78,6	71,8
Постоянные затраты	41,7	21,4	28,2
Итого затраты	100	100	100

время в силу зависимости от материнской компании, нацеливание компании ориентировано в первую очередь на сегмент «Холдинг АО «РЖД». Таким образом, в компании применяется модель концентрированного нацеливания. Заказы в данном сегменте имеют неоднородную структуру и характеризуются как крупными объектами, так и незначительными, расположенными в различных удаленных местах.

В то же время, согласно проведенного анализа затрат (табл. 1), следует отметить, что в компании существует большой операционный рычаг, что свидетельствует о значительном объеме постоянных затрат, что делает компанию ориентированной на работу с большими заказами. В данном случае следует исходить из предположения о высоком уровне постоянных затрат на каждом отдельно взятом объекте строительства (высокая амортизация

используемой техники, высокая заработная плата специалистов на строительной площадке, значительные затраты на осуществление мероприятий по охране труда, пожарной безопасности и пр.). Таким образом, компания должна быть ориентирована на ведение строительства объектов высокой стоимости (не менее 500 млн. руб.)

Таким образом, можно сделать вывод, что нацеливание компании на сегмент холдинга АО «РЖД» продиктовано этическими соображениями руководителей компании и не отвечает реальным потребностям.

## Список литературы:

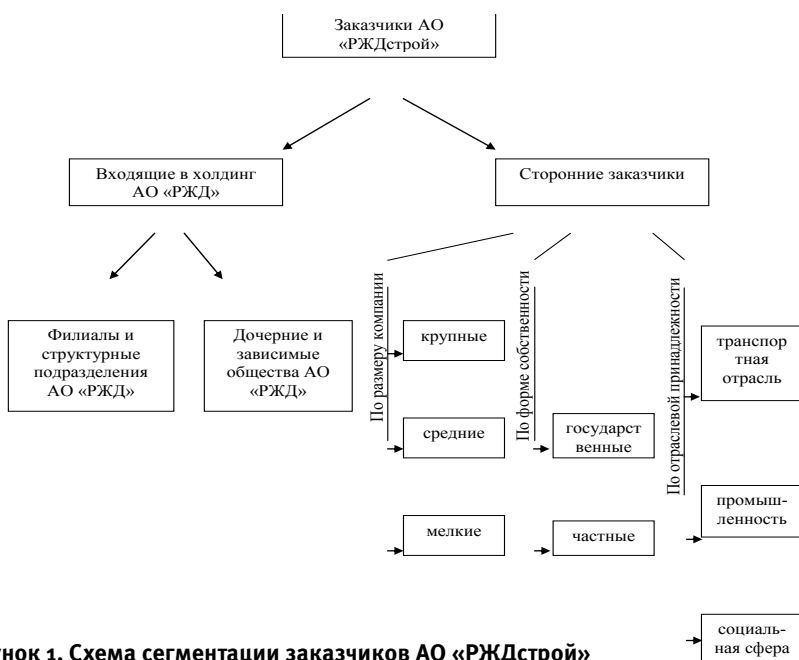
1. Стратегия развития холдинга «РЖД» на период до 2030 года (основные положения) [Электронный ресурс] - Режим доступа: [http://doc.rzd.ru/doc/public/ru?STRUCTURE\\_ID=704&layer\\_id=5104&refererLayerId](http://doc.rzd.ru/doc/public/ru?STRUCTURE_ID=704&layer_id=5104&refererLayerId)

2. Колодяжный С.А., Уварова С.С., Беляева С.В., Власенко В.А., Паненков А.А. Организационно-экономические изменения инвестиционно-строительного комплекса на инновационной основе как процесс обеспечения его устойчивого развития: монография. - Воронеж, 2014. - 147 с.

## Literature:

1. Strategija razvitija holdinga «RZhD» na period do 2030 goda (osnovnye polozhenija) [Elektronnyj resurs] - Rezhim dostupa: [http://doc.rzd.ru/doc/public/ru?STRUCTURE\\_ID=704&layer\\_id=5104&refererLayerId](http://doc.rzd.ru/doc/public/ru?STRUCTURE_ID=704&layer_id=5104&refererLayerId)

2. Kolodjazhnyj S.A., Uvarova S.S., Beljaeva S.V., Vlasenko V.A., Panenkov A.A. Organizacionno-ekonomicheskie izmenenii investicionno-stroitel'nogo kompleksa na innovacionnoj osnove kak process obespechenija ego ustojchivogo razvitija: monografija. - Voronezh, 2014. - 147 s.



**Рисунок 1. Схема сегментации заказчиков АО «РЖДстрой»**

# ИННОВАЦИОННАЯ ОСНОВА ПРОЦЕССА САМООРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ

Паненков Андрей Анатольевич

аспирант

ФГБОУ ВО Воронежский ГАСУ, Россия, г. Воронеж

**Аннотация.** Рассмотрена методика формирования системы инновационного менеджмента строительного предприятия с точки зрения теории изменений. В целях оптимизации процесса организационно-экономических изменений строительного предприятия предложен алгоритм формирования системы инновационного менеджмента строительного предприятия

**Ключевые слова:** строительное предприятие, инновация, инновационный менеджмент, организационно-экономические изменения

В современных условиях можно проследить тенденцию усиления роли знаний во всех сферах экономики: знания становятся ключевой компетенцией, основным товаром, основой стоимости, базой реструктуризации рынка. Взаимосвязь «знания-идеи-инновации» становится императивом развития. Соответственно, при осуществлении управляющих воздействий в резонансе с собственными флуктуациями системы необходимо учитывать данное направление. Основой же знаний и их трансформации в новшества является информационный обмен [1]. Информация же является основой самоорганизации систем согласно теории М.Эйгена [4]. Основываясь на приведенных постулатах теорий самоорганизации, изменений и информации представим процесс самоорганизации экономической системы.

Основой эволюционных и революционных изменений является процесс накопления и отбора информации. Информация накапливается в системе, при этом процесс появления и накопления новых элементов должен иметь автокаталитический характер для того, чтобы система не пришла в состояние равновесия, губительное для сложных систем [4]. Исходя из цепочки «знания-идеи-инновации» можно предположить, что накопление и отбор информации происходит постоянно, образуя новые системные элементы – инновации различных типов. С изменением поступающей информации и ее ценности более ранние и менее ценные инновации «отмирают», заменяясь новыми. То есть, элементами системы являются инновации – организационные, технические, экономические, институциональные. Процесс образования и смены инноваций на основе информационного потока является основой самоорганизации системы. В этом случае процесс эволюционного функционирования системы можно рассматривать как процесс малого накопления инновационных преимуществ в соответствии с изменениями ситуации. Этот процесс можно назвать адаптацией системы к изменениям, причем в условиях адаптации важно применение ситуационного подхода (сопоставление ситуации и необходимых и достаточных инноваций), так как в случае неиспользования малых преимуществ в надлеж-

ающийся момент они рассеиваются (согласно принципу Э. Ласкера). Кроме того, в процессе адаптации происходят постоянные организационные инновации, связанные с изменением структуры и возникновением новых структур, как правило, в целевом инициированном порядке, в ответ на изменения среды (по аналогии с теорией функциональных систем П.К.Анохина). Данные инновации следует планировать на основе функционального подхода, так как образующиеся структуры являются функциональными в следствии их целевой направленности на преодоление определенных влияний среды.

Постепенное накопление малых инновационных изменений, в случае недостаточной ценности поступающей информации (как причины возникновения описанных выше противоречий) или при отсутствии автокаталитического эффекта обновления системных элементов, обусловленном также нехваткой ценной информации, приводит к возникновению точки бифуркации в развитии системы, в которой система выбирает путь развития (то есть наступает момент самоорганизации).

В случае революционных изменений в момент бифуркации существует возможность направить систему на приоритетную ветвь развития путем резонансного управления ее движением, для чего следует дифференцировать необходимые инновации, интенсивность их использования и ценность поступающей в систему информации. То есть, изменяя интенсивность роста числа элементов (инноваций) и интенсивность их использования возможно изменять скорость процесса са-

моорганизации системы и длительность этапов ее развития. Изменять параметры системы, таким образом, возможно путем разработки методики оценки ценности информации и отбора инноваций (как по направлению, так и по длительности инновационного цикла). При этом автокаталитический характер появления новшеств у всех элементов системы подтверждает тезис о постоянстве процесса изменений системы.

Важным в данном случае становится вопрос о критериях ценности информации. Поступающая в систему информация не обязательно будет использована, то есть использование информации является ее ситуационным свойством, проявляющимся в определенных условиях [4]. При этом в процессе использования информации отбираются те необходимые признаки, представляющие собой элементы системы (то есть, инновации), которые необходимы для адаптации, так как обеспечивают устойчивые преимущества в процессе развития системы [2]. Именно необходимость информации для развития, способность информации к созданию инноваций, обеспечивающих устойчивые конкурентные преимущества, является мерилем ее ценности. Причем, по аналогии с теорией функциональных систем, ценность информации первично проверяется путем сопоставления теоретических прогнозов и эмпирического результата, то есть путем обратной связи и сопоставления с имеющейся в системе информацией о планируемом результате (в сравнении с некоей принятой нормой). Таким образом, инновационная деятель-

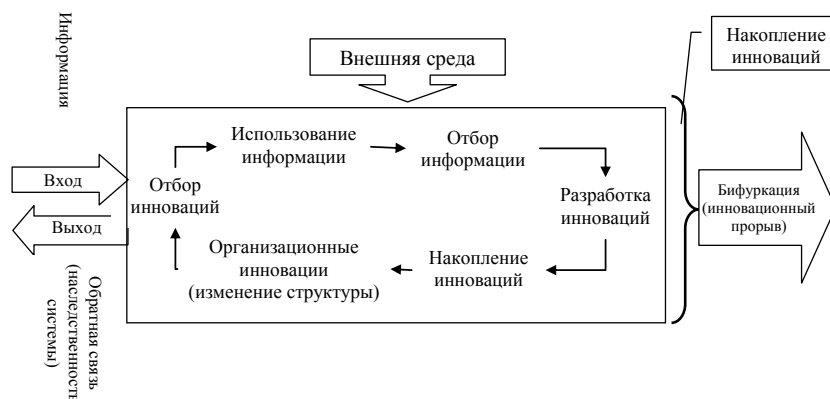


Рисунок 1. Концептуальная схема процесса самоорганизации системы

ность должна учитывать наследственность системы (так как информация сравнивается с нормой, а норма формируется в процессе функционирования системы), а также релевантность информации всем параллельно реализующимся изменениям (что подтверждает истинность принципов оптимальности и комплексности изменений).

Исходя из вышеизложенного, считаем целесообразным представить процесс самоорганизации системы в следующем виде (рис.1).

Практически все современные научные школы в той или иной мере признают инновационный генезис изменений системы и ее развития [3]. Инновационный генезис появляется при обосновании жизненного цикла изменений, начиная с волновой теории. В большей степени тезис о значимости новшеств в процессе развития получил обоснование в рамках эволюционной теории, раскрывающей зависимость качественных изменений в организации производственных отношений от технических инноваций. На основе анализа имеющейся теоретической базы можно заключить, что инновации (в том

числе технологические) являются источником или катализатором организационно-экономических изменений.

#### Список литературы:

1. Ведин Н.В. Постиндустриальная трансформация экономических систем: проблема теоретической реконструкции // <http://www.tisbi.org/assets/Site/Science/Documents/413/vedin45.pdf> (дата обращения 10.11.2015г.)
2. Гумба Х.М. Концептуальные основы формирования устойчивых конкурентных преимуществ / Мамаев М.И., Гумба Х.М. // Научный журнал Известия ИГЭА. - 2014. - №1. - Режим доступа : <http://eizvestia.isea.ru/reader/article.aspx?id=14041>
3. Организационно-экономические изменения инвестиционно-строительного комплекса на инновационной основе как процесс обеспечения его устойчивого развития монография [Текст] / С.А. Колодяжный, С.С. Уварова, С.В. Беляева, В.А. Власенко, А.А. Паненков – Воронежский ГАСУ, Воронеж, 2014 -147с.
4. Homo institutus — Человек институциональный : [монография] / под

ред. д-ра экон. наук О.В. Иншакова . — Волгоград : Изд-во вслгу, 2005. — 854 с.

#### Literature:

1. Vedin N.V. Postindustrial'naja transformacija ekonomicheskikh sistem: problema teoreticheskoj rekonstrukcii // <http://www.tisbi.org/assets/Site/Science/Documents/413/vedin45.pdf> (data obrashhenija 10.11.2015g.)
2. Gumba H.M. Konceptual'nye osnovy formirovaniya ustojchivykh konkurentnyh preimushhestv / Mamaev M.I., Gumba H.M. // Nauchnyj zhurnal Izvestija IGJeA. - 2014. - №1. - Rezhim dostupa : <http://eizvestia.isea.ru/reader/article.aspx?id=14041>
3. Organizacionno-ekonomicheskie izmenenii investicionno-stroitel'nogo kompleksa na innovacionnoj osnove kak process obespechenija ego ustojchivogo razvitija monografija [Tekst] / S.A. Kolodjazhnyj, S.S. Uvarova, S.V. Beljaeva, V.A. Vlasenko, A.A. Panenkov –Voronezhskij GASU, Voronezh, 2014 -147s.
4. Homo institutus — Человек институциональный : [монография] / под ред. д-ра экон. наук О.В. Иншакова . — Волгоград : Изд-во вслгу, 2005. — 854 с.

# МОДЕЛИРОВАНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СТРОИТЕЛЬСТВА

Прохин Егор Анатольевич

аспирант

НИУ МГСУ, Россия, г. Москва

**Аннотация.** Автор рассматривает процесс развития экологического строительства в России с точки зрения институциональной экономической теории. В целях динамичной и эффективной реализации проектов экологического строительства предложено осуществлять моделирование институциональных взаимодействий с использованием инструментария теории матричных игр и теории заинтересованных сторон.

**Ключевые слова:** экологическое строительство, институты, инновации, эффективность, теория матричных игр.

Институциональная структура инновационного развития строительства формируется совокупностью холархии институтов, образующих платформу инновационного развития (рис.1). Таким образом, институциональная структура экостроительства представляет собой не просто ряд организаций, реализующих формальные и неформальные институции, а спектр взаимодействий этих институтов по поводу реализации инновационных экологических норм в строительстве, основанный на принципах коллективного действия в рамках институциональной среды, которая формируется неформальными и формальными нормами, обоснованными технологическими инновациями.

Разнонаправленность интересов и различная сущность институций приводят к большой вероятности конфликтов интересов и функций, что в рамках институциональных взаимодействий, ограниченных определенными нормами и поэтому

приобретающих общественный характер создания новой потребительской ценности, приводит к необходимости адаптации норм и институций с целью разрешения и недопущения конфликтов и достижения общей цели.

Характеристиками институциональных потоков, связывающих функциональные подразделения институциональной платформы, являются нормы, обеспечивающие реализацию соответствующих институций [3]. Применительно к экостроительству необходимо рассматривать как формальные нормы (строительные нормы, экологические нормы и стандарты, законодательство, контрактные отношения и т.д.), так и неформальные, отражающие ценностные аспекты качества, безопасности, комфорта и экономической для потребителей экопродукции и общественных экологических организаций, инноваторов и органов управления строительством.

Разнонаправленность интересов ин-

ститутов как внутри сектора, так и между секторами, свидетельствует о возможности искажения информации, содержащейся в формальных и неформальных нормах и служащей основой для разработки этих норм, следовательно, о необходимости процесса адаптации институтов.

Процессы адаптации считаем целесообразным представить с точки зрения теории заинтересованных сторон, при этом выделенные нами институты и их кластеры выступают в роли стейкхолдеров, реализуя общий интерес через присущие им институции. Поиск оптимальных соглашений в этом случае возможно реализовать с использованием инструментального аппарата теории матричных игр, которая исследует взаимодействия агентов и не предполагает единственности Парето-оптимального равновесия, заменяя его равновесием по Нэшу [5].

Само представление проблемной ситуации в форме матричной игры необходимо для разработки мероприятий по



Рисунок 1. Структуризация функциональных подразделений институциональной платформы экостроительства

оптимизации институциональных взаимодействий. Ключевой проблемой в данном случае является определение «цены игры», то есть критерия оптимизации. Относительно данной величины необходимо отметить, что с институциональной точки зрения рынок экостроительства является нестабильным, так как он не обеспечен достаточным количеством норм, институций и институтов в силу своей относительной новизны и инновационности, что приводит к возникновению достаточно высокого уровня транзакционных издержек [1]. Поэтому данный критерий обязательно должен учитываться при расчете критерия эффективности институциональных взаимодействий. Кроме этого, исходя из сущности и факторов развития экостроительства, следует учесть его экологическую эффективность, ресурсоемкость, объемы строительства. При этом, учитывая разнонаправленность интересов участников экостроительства, обусловленную различием реализуемых институций и норм, а также существующую на сегодняшний день институциональную нестабильность в данном сегменте, считаем корректным выразить эффективность экостроительства в виде следующего кортежа:

$$\langle I, E \rangle, \quad (1)$$

где  $I$  – множество институтов,  $E$  – подмножество пар в  $I \times I$ , соответствующих эффективности институциональных взаимодействий.

Эффективность институциональных взаимодействий при этом следует рассматривать как интегральный показатель, характеризующий зависимость общей эффективности через ресурсный баланс заинтересованных сторон (институтов), отражающий их стратегические цели и приоритеты взаимодействий.

Дальнейшее рассмотрение проблемных взаимодействий основано на построении матричной игры в их рамках, включая идентификацию «игроков», определение их возможных стратегий в рамках рассматриваемой проблемной ситуации.

В качестве оценок стратегий целесообразно использовать, в зависимости от цели игры и специфики ситуации, либо эффективность экостроительства для соответствующего «игрока» - субъекта институциональной платформы, либо результат его ресурсного баланса. При решении определенных задач в качестве

оценки стратегии считаем целесообразным использовать величину транзакционных издержек. В качестве ресурсного баланса считаем возможным использовать следующую зависимость:

$$B_k = E_k - Z_k - T_k, \quad (2)$$

где  $B_k$  - ресурсный баланс  $k$ -го институционального субъекта,  $E_k$  - эффект от экологического строительства  $k$ -го институционального субъекта,  $Z_k$  - затраты на экостроительство  $k$ -го институционального субъекта,  $T_k$  - транзакционные издержки экостроительства для  $k$ -го институционального субъекта.

В практическом применении решение матричной игры может быть реализовано как в форме некооперативной, так и кооперативной матричной игры. В случае кооперативной матричной игры возможно образование коалиций между участниками, что может быть рассмотрено в качестве механизма оптимизации институциональных потоков для усиления связности инновационной сети путем формирования и изменения точек связности, в качестве которых может выступить, например, технологическая платформа экостроительства или институт государственно-частного партнерства в экостроительстве.

#### Список литературы:

1. Асаул Н.А. Теория и методология институциональных взаимодействий субъектов инвестиционно-строительного комплекса. – СПб.: «Гуманистика», 2004. – 280с.
2. Гумба Х.М. Инновационно-стратегическое развитие предприятий как основа устойчивого развития Инвестиционно-строительного комплекса /Х.М. Гумба, С.С. Уварова, С.В. Беляева // Экономика и предпринимательство. 2015. № 12-2 (65-2). С. 585-588.
3. Иншаков О.В. Экономические институты и институции: к вопросу о типологии и классификации // Социологические исследования. - 2003. - № 9.
4. Организационно-экономические изменения инвестиционно-строительного комплекса на инновационной основе как процесс обеспечения его устойчивого развития монография [Текст] / С.А. Колодяжный, С.С. Уварова, С.В. Беляева, В.А.Власенко, А.А. Паненков –Воронежский ГАСУ, Воронеж, 2014 -147с.
5. Семенов С.П. Моделирование инновационного поведения экономических агентов / В. Ф. Исламудинов, С. П. Семенов. – Ханты-Мансийск, УИП ЮГУ, 2012. – 206 с.
6. Уварова С.С. Формирование информационно-инновационного базиса устойчивого развития инвестиционно-строительного комплекса/С.С. Уварова, С.В. Беляева, А.А. Паненков //Вестник МГСУ. 2016. № 4. С. 130—139.



**Literature:**

1. Asaul N.A. Teoriya i metodologiya institucional'nyh vzaimodejstvij sub"ektov investicionno-stroitel'nogo kompleksa. – SPb.: «Gumanistika», 2004. –280s.
  2. Gumba H.M. Innovacionno-strategicheskoe razvitie predpriyatij kak osnova ustojchivogo razvitiya Investicionno-stroitel'nogo kompleksa /H.M. Gumba , S.S. Uvarova, S.V. Belyaeva // EHkonomika i predprinimatel'stvo. 2015. № 12-2 (65-2). S. 585-588.
  3. Inshakov O.V. EHkonomicheskie instituty i institucii: k voprosu o tipologii i klassifikacii // Sociologicheskie issledovaniya. - 2003. - № 9.
  4. Organizacionno-ehkonomicheskie izmeneniya investicionno-stroitel'nogo kompleksa na innovacionnoj osnove kak processobespecheniya ego ustojchivogo razvitiya monografiya [Tekst] / S.A. Kolyazhnyj, S.S. Uvarova, S.V. Belyaeva, V.A.Vlasenko, A.A. Panenkov –Voronezhskij GASU, Voronezh, 2014 -147s.
  5. Semenov S.P. Modelirovanie innovacionnogo povedeniya ehkonomicheskikh agentov / V. F. Islamutdinov, S. P. Semenov. – Hanty-Mansijsk, UIP YUGU, 2012. – 206 s.
  6. Uvarova S.S. Formirovanie informacionno-innovacionnogo bazisa ustojchivogo razvitiya investicionno-stroitel'nogo kompleksa/S.S. Uvarova, S.V. Belyaeva, A.A. Panenkov //Vestnik MGSU. 2016. № 4. S. 130–139.
-

# МЕДИЦИНА



# ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ

Археология	Ар	По	Политология
Биология	Би	Пс	Психология
Ветеринария	Ве	Сх	Сельское хозяйство
Военное дело	Вд	Сг	Социология
Демография	Де	Са	Строительство и Архитектура
Информатика	Ин	Тн	Технические науки
Искусствоведение	Ик	Фз	Физика
История	Ис	Фк	Физическая культура и спорт
Журналистика и СМИ	Жу	Фл	Филология
Культурология	Ку	Фф	Философия
Математика	Ма	Хи	Химия
Медицина	Ме	Эк	Экология
Науки о земле	Нз	Эу	Экономика и управление
Педагогика	Пе	Юр	Юриспруденция