

тизированных систем и т.д., что также является сильным мотивирующим фактором. Студенты же гуманитарного (в нашем случае педагогического) вуза не так востребованы, образовательные учреждения города не могут трудоустроить всех желающих, поэтому вполне вероятно, что у данной группы респондентов мы наблюдаем действие «великого психологического закона» – закона «замерзания мотивации» [2], что не может не отразиться на уровне учебной мотивации. К тому же, образ педагога, «несущего доброе, светлое, вечное», в последнее время утратил свою значимость в глазах общественности и престиж профессии существенно снизился.

Таким образом, мотивация учения формируется под влиянием целого ряда факторов, чаще всего обусловленных даже не самой личностью студента, а его внешним социальным окружением. Соответственно, для интериоризации внешних мотивов в сознание студента необходимо сделать их понятными и внутренне принятыми, что и обеспечивает в дальнейшем развитие его профессионального самосознания.

#### Литература

1. Дубовицкая Т.Д. К проблеме диагностики учебной мотивации // *Вопр. психологии*. 2005. № 1.
2. Кривцова С. Избегание неудачи // *Школьный психолог*. 1998. № 5–6.
3. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность / пер. с нем.; под ред. Б.М. Величковского. М., 1986. Т. 1.
4. Якобсон П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека. М., 1969.

#### *Comparative analysis of learning motivation of students of a technical higher school and a higher school of the humanities*

*There are analyzed the peculiarities of students' learning motivations. On the basis of the results of the psychological research, carried out with the use of different methods, as well as the results of the social survey, there is suggested the comparative analysis of motivations of students of a technical higher school and a higher school of the humanities.*

Key words: *motivation, learning motivation, law of "motivation freezing", students.*

**А.А. РАЕВСКИЙ**  
(Санкт-Петербург)

#### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Представлены результаты экспериментально-психологического исследования структуры психического состояния пациентов геронтопсихиатрического отделения. На основании полученных данных разработаны дифференцированные программы психологической коррекции для пожилых пациентов.*

Ключевые слова: *эмоциональные расстройства, пожилой возраст, психическое состояние, психологическая коррекция.*

Особенностью протекания заболевания в пожилом возрасте является сочетаемость соматических и психических изменений. Авторы, занимающиеся исследованием психической деятельности пожилых пациентов с органическим заболеванием головного мозга, отмечают, что эмоциональные расстройства могут быть связаны, во-первых, с воздействием сосудистого фактора, привносящего в психопатологическую картину когнитивные нарушения, аффективные нарушения, которые снижают параметры их социального функционирования, дополняют психический статус вторичной невротической симптоматикой и ухудшают в целом качество жизни пожилых пациентов [3; 5; 6]. Эмоциональные расстройства в пожилом возрасте также могут быть связаны со специфическими психотравмирующими ситуациями, такими как выход на пенсию, смерть сверстников, социальная невостребованность, с характерными для людей пожилого возраста особенностями личности (вязкость, застойность эмоционального реагирования со склонностью фиксироваться на негативных эмоциях, утрата чувствительности к нюансам межличностных отношений) [1; 2].

В связи с разнообразием причин, формирующих эмоционально-негативные состояния лиц пожилого возраста, требуются разработка и конкретизация направлений психологического воздействия, которое должно носить дифференцированный характер в зависимости от биопсихосоциальных характеристик пациентов.

Целью исследования является дифференцированное экспериментально-психологическое изучение структуры психического состояния пациентов геронтопсихиатрического отделения с различными параметрами биопсихосоциального статуса в связи с конкретизацией основных направлений психологической коррекции.

В исследовании принимали участие пожилые люди, находившиеся на стационарном лечении в геронтопсихиатрическом отделении института им. В.М. Бехтерева. Всем участникам было предложено заполнить анкету и ответить на батарею из 7 психологических опросников (симптоматический опросник SCL-90, опросник Бэка, интегративный тест тревожности, индекс жизненного стиля, методика Хайме, Гиссенский личностный тест, методика «Незаконченные предложения»). Полученные данные были проанализированы с помощью методов математической статистики: методов описательной статистики, U-критерия Манна-Уитни, факторного анализа по методу главных компонент с вращением *varimax*.

Всего было обследовано 150 пожилых пациентов (женщин – 102 чел., мужчин – 48 чел.). В исследовании принимали участие пациенты с диагнозами «рекуррентное депрессивное расстройство» (55 чел.), «органическое расстройство головного мозга с аффективными нарушениями» (95 чел.). Средний возраст испытуемых в первой группе пациентов составил  $66,9 \pm 1,17$  лет, во второй –  $71,4 \pm 0,87$  лет.

При обработке данных экспериментально-психологического исследования были выявлены следующие особенности: высокий уровень тревожно-депрессивных переживаний, разнообразная психопатологическая симптоматика; изменение личности, возникающее на фоне возрастных изменений и объективного органического процесса; нарастание внутриличностной конфликтности и повышение конфликтности в системе отношений пациентов; нарушения в защитно-компенсаторной сфере, проявляющиеся сверхинтенсивной работой психологических защитных механизмов и использованием неадаптивных и относительно адаптивных копинг-стратегий. Данные особенности приводят к ухудшению социально-психологической адаптации пожилых пациентов.

На втором этапе исследования был произведен факторный анализ с целью выявления общих факторов, лежащих в основе комплекса проявлений психического состояния у пожилых пациентов исследуемых выборок. В результате было выделено 9 факторов с общей дисперсией 77,60 % в группе пациентов с диа-

гнозом «рекуррентное депрессивное расстройство», а также 9 факторов с общей дисперсией 78% в группе пациентов с диагнозом «органическое расстройство головного мозга с аффективными нарушениями». В рамках данной статьи будут описаны первые 4 фактора, обладающие наибольшим факторным весом.

Максимальную нагрузку в структуре первого фактора (фактор негативной аффективности; вес фактора – 17,94%) среди пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (первая выборка) имеют симптоматические расстройства, связанные с разными видами тревожности: чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства, ощущение нервозности, дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, тревога по отношению к определенным ситуациям или объектам. Несколько менее значительным оказался вклад в первый фактор симптоматики, связанной с нарушениями сна и аппетита, изолированностью, негативным аффективным состоянием злости, подозрительностью, дистрессом на фоне ощущения телесной дисфункции, навязчивостью.

Среди пациентов с диагнозом «органическое расстройство головного мозга с аффективными нарушениями» (вторая выборка) наибольшую нагрузку в структуре первого фактора (фактор негативной аффективности – 24,05%) имеют симптоматические расстройства, которые представляются следующими особенностями: дистресс на фоне ощущения телесной дисфункции, нарушения сна и аппетита, чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства. Большую нагрузку также имеет показатель личностной тревожности испытуемых, что характеризует склонностью пациентов воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них появлением тревоги. Несколько менее значительным оказался вклад симптомов депрессии и враждебности, которые проявляются снижением настроения, чувством безнадежности, недостаточной мотивацией и потерей жизненной энергии.

Среди пациентов первой выборки преимуществом в структуре второго фактора (фактор тревожно-депрессивных переживаний – 12,62%) обладают симптомы тревожно-депрессивного спектра. Менее значительным оказался вклад во второй фактор личностных характеристик пациентов, отражающих преимущественное настроение (подавленность, склонность к рефлексии, самокритичность).

Во второй группе испытуемых наибольшую нагрузку в структуре второго факто-

ра (фактор сверхинтенсивной работы психологических защитных механизмов – 12,66%) имеют психологические защитные механизмы: компенсация, интеллектуализация, проекция. Несколько менее значительным оказался вклад во второй фактор защитных механизмов: регрессии, отрицания, реактивного образования, вытеснения.

Наибольшую нагрузку в структуре третьего фактора (дисгармоничность в системе отношений – 11,06%) среди пациентов первой выборки имеют нарушения в системе семейных и межличностных отношений, проявляющиеся дисгармонией во взаимодействии с семьей, близкими родственниками, друзьями, знакомыми. Несколько менее значительным оказался вклад в третий фактор нарушений в системе отношений в сфере самовосприятия и сфере сексуальных отношений, которые проявляются дисгармонией в сфере сознания вины, наличия страхов и опасений, в полорольевых отношениях.

Для второй группы испытуемых в структуре третьего фактора (снижение социальных способностей – 10,39%) наибольшую нагрузку имеют следующие личностные особенности: замкнутость, недоверчивость, отстраненность от других людей, неумение добиваться поставленной цели, «социальная слабость», необщительность, слабая способность к самоотдаче. Несколько менее значительным оказался вклад нарушений в системе отношений в сфере межличностного взаимодействия, проявляющихся дисгармонией в отношении с друзьями, знакомыми, коллегами.

В первой выборке четвертый фактор (фактор сверхинтенсивной работы защитных психологических механизмов – 8,85%) представлен такими защитными психологическими механизмами, как регрессия и замещение. Меньший вклад в четвертый фактор вносят следующие психологические защитные механизмы: компенсация и вытеснение.

Среди пациентов второй выборки наибольшую нагрузку в структуре четвертого фактора (фактор психопатологической симптоматики – 8,79%) имеют симптоматические расстройства, которые проявляются в изолированности, подозрительности. Несколько менее значительным оказался вклад следующей симптоматики: навязчивость и тревога по отношению к определенным ситуациям или объектам.

Таким образом, по результатам факторного анализа среди пациентов обеих выборок можно выделить следующие особенности:

1. Для пациентов с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» в структуре психического состояния на первое место выступает широкий диапазон симптоматических

жалоб. Значимыми являются также нарушения тревожно-депрессивного спектра и дисгармоничность в системе отношений. Менее значима сверхинтенсивная работа механизмов психологической защиты.

2. Пациентам второй выборки в структуре психического состояния свойственно доминирующее влияние узкого диапазона симптоматических жалоб, а также тревожно-депрессивных расстройств. Значимыми являются механизмы психологической защиты, которые работают сверхинтенсивно, а также личностные особенности пациентов исследуемой выборки. Менее значимыми оказались психопатологические симптомы и нарушения в системе отношений испытуемых.

На основании выявленных факторов, определяющих структуру психического состояния испытуемых, можно разработать дифференцированные программы психологической коррекции. Пациентам с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» (первая группа) в связи с доминированием в структуре психического состояния психопатологической симптоматики показано применение интегративной модели терапии, подразумевающей сочетание психофармакотерапии и мероприятий психологической коррекции. Психофармакотерапия в данном случае имеет основной целью поддержание способности больного к продуктивному участию в психокоррекционных занятиях. В связи с наличием высокого уровня тревожно-депрессивных переживаний данной группе пациентов показано проведение индивидуальных сессий психологической коррекции в рамках когнитивно-поведенческого направления. Это направление психологического воздействия базируется на внутренних переработках информации и является обучающим процессом, обеспечивающим пациента новым опытом. Основной акцент психологической коррекции аффективных расстройств данного направления приходится на выделение специфичных паттернов мышления, способов оценки пациентами событий своей жизни. После того как иррациональные паттерны мышления выявлены, психолог и пациент совместно разрабатывают план выявления и коррекции тех установок, которые за ними стоят. С учетом наличия дисгармонии в системе отношений показано также проведение тренинга интерперсонального взаимодействия. Центральным моментом данного метода в работе с пожилыми людьми является установление характера взаимоотношений, которые складываются у пациента с его ближайшим окружением (супругой, детьми, внуками, друзьями, соседями).

ми). В процессе тренинга психолог определяет наиболее значимые для пациента личности в его окружении, конфликтные или проблемные отношения в прошлом и настоящем, а также конкретные эпизоды текущих взаимоотношений. На основании полученных данных психолог побуждает пациента к развитию более адаптивного поведения для разрешения проблем, а также обучает его необходимым механизмам совладания и приемам адаптивного поведения. В процессе работы с пожилыми пациентами психолог постоянно остается активным, обеспечивая пациенту поддержку и укрепляя его уверенность в себе.

В структуре психического состояния пациентов с диагнозом «органическое расстройство головного мозга с аффективными нарушениями» отмечается высокий уровень тревожно-депрессивных переживаний. В связи с этим данной группе пациентов, также как и пациентам с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство», показано проведение индивидуальных сессий психологической коррекции в рамках когнитивно-поведенческого направления. Из-за доминирования в структуре психического состояния сверхинтенсивно работающих психологических защитных механизмов показано проведение психологической коррекции с включением элементов общепсихотерапевтического подхода – терапии средой. Данный метод представляет собой использование в лечебных целях терапевтического потенциала окружающей больного среды (персонал, события отделения, другие пациенты) [4]. Использование метода способствует снижению интенсивности работы психологических защитных механизмов и повышению адаптивности стратегий совладающего поведения. Данным пациентам в связи с наличием изменений личностных черт (необщительность, жалобы на неуважение со стороны окружающих, слабая способность к самоотдаче) рекомендуется также проведение группового социально-психологического тренинга. Основными задачами социально-психологического тренинга являются повышение коммуникабельности на основании использования группового подхода; создание эффективной обратной связи, которая позволит пожилому пациенту осознать свои лич-

ностные и межличностные проблемы, найти ресурсы. В рамках тренинга возможно включение элементов тренинга «решения проблем». Улучшение навыков решения проблем в пожилом возрасте даст пациентам способность эффективнее справляться с текущими и будущими трудностями, а также менее вероятным станет развитие психопатологических нарушений [7].

## Литература

1. Духновская Л.Б. Типы личности в старости. Возрастные изменения в старости // Геронтопсихология. СПб. : Изд-во СПбГУ, 2007.
2. Ермолаева М.В. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии пожилых людей Рос. / акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. М. : МОДЭК, 2007.
3. Круглов Л.С., Мешандин И.А. Позднe-возрастная депрессия у больных с церебрально-сосудистыми нарушениями: особенности клинической картины и терапевтической динамики // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 2011. №1. С. 22–26.
4. Психотерапия: учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд. СПб. : Питер, 2008.
5. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М. : Медицина, 1996.
6. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия Акад. мед. наук СССР. М. : Медицина, 1977.
7. Alexopoulos G.S., Raue P.J., Kiesses D.N. and others Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability Arch. Gen. Psychiatry. 2011. Vol. 68(1). P. 33–41.

## *Differentiated programmes of psychological correction for elderly patients with organic brain disorder*

*There are given the results of experimental psychological research of psychic state structure of the patients of the gerontological psychiatry department. On the basis of the received information there are developed the differentiated programmes of psychological correction for elderly patients.*

**Key words:** *emotional disorders, elderly age, psychic state, psychological correction.*

