

УДК 616.85:616.89-008:159.9

Альмешкина А.А.

КОНТРОЛЬ ЗА ДЕЙСТВИЕМ И РЕФЛЕКСИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Как известно, системным свойством личности является функциональность, которая ассоциируется с уровнем психического здоровья по критериям Всемирной организации здравоохранения. У психически здоровой личности наблюдается высокий уровень функциональных возможностей (личностного потенциала), а личность с низким уровнем функциональности является психически незащищенной в отношении внешних стимулов или дисфункциональной. Личностная функциональность отражается в образах и переживаниях индивидуума. Уровень включенности личностных ресурсов (личностного потенциала) является одним из факторов, который определяет личностную целостность (функциональность) [1].

Термин «психическое здоровье» объединяет две области практики – медицинскую и психологическую. Необходимо рассматривать психическое здоровье как существенную часть понятия более широкого масштаба – психологического здоровья, которое рассматривается в целостном контексте личностного развития, в тесной связи с высшими проявлениями человеческой личности [2].

Психологическое здоровье подразумевает динамическое сочетание психических свойств, которые обеспечивают внутриличностную гармонию, гармонию человека и социума, возможность полноценного функционирования в процессе жизнедеятельности. К критериям данного вида здоровья относят: владение рефлексией, способность к саморегуляции (внутренней и внешней), наличие позитивного образа «Я» и «Другого», потребность в саморазвитии [3]. Именно психологическое здоровье делает личность самодостаточной [2].

Соответственно, индикатором качества психического здоровья человека, его способности к самореализации и интеграции в социум является личностная функциональ-

ность, которую можно измерить с помощью личностного потенциала, который показывает уровень личностной зрелости (уровень организации личности по О. Ф. Кернбергу) [1, 4, 5]. В роли главного критерия психического неблагополучия выступает дисфункция или дезорганизация (нарушение целостности) личности [1].

Согласно Д.А. Леонтьеву, личностный потенциал состоит из таких компонентов как контроль за действием, рефлексивность, оптимизм, жизнестойкость, личностная автономия, самооффективность, копинг-стратегии, толерантность к неопределенности, субъективная витальность. С помощью личностного потенциала мы можем проанализировать индивидуально-психологические особенности личности, которые являются основой психологического благополучия и способности планировать собственную жизнедеятельность [4].

Рефлексивность - своеобразный источник гибкости и приспособляемости личности, благодаря которому человек может анализировать собственные мысли и действия, а, в дальнейшем, при необходимости модернизировать свое поведение в соответствии поставленным целям. На первый взгляд, рефлексия способствует познанию самого себя, самосовершенствованию, саморазвитию, но в то же время является тем психическим свойством, которое стимулирует человека к размышлениям, однако мешает перейти к решительным действиям. Она дает возможность согласовывать собственные действия с ситуацией, производить контроль и координацию деятельности, в зависимости от постоянно меняющихся условий, анализировать события, которые уже произошли в прошлом, планировать действия, которые предстоят в будущем. Следовательно, благодаря рефлексивности личность может осознавать и осуществлять регуляцию своей жизнедеятельности [6, 7].

Результаты исследования контроля за действием при планировании у больных различных возрастных групп с невротическим уровнем психических расстройств в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина (в стенах)

Факторы	До 40 лет M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Старше 40 лет M ± SD (95% ДИ)	Статистическая значимость различия, p
Состоят в браке	n=8; 6,75 ± 2,38 (95% ДИ: 4,76–8,74)	n=10; 5,2 ± 2,39 (95% ДИ: 3,49–6,91)	0,190
Не состоят в браке	n=11; 4,36 ± 2,29 (95% ДИ: 2,82–5,9)	n=8; 5,88 ± 2,23 (95% ДИ: 4,01–7,74)	0,171
Длительность заболевания до года	n=7; 5,86 ± 3,13 (95% ДИ: 2,96–8,75)	n=7; 6,29 ± 1,7 (95% ДИ: 4,71–7,86)	0,754
Длительность заболевания более года	n=12; 4 (Q1-Q3: 4–6,5)	n=11; 5 ± 2,53 (95% ДИ: 3,3–6,7)	0,899
Мужчины	n=10; 5,1 ± 2,08 (95% ДИ: 3,61–6,59)	n=6; 4,67 ± 3,01 (95% ДИ: 1,51–7,83)	0,739
Женщины	n=9; 5,67 ± 3,12 (95% ДИ: 3,27–8,07)	n=12; 5,92 ± 1,83 (95% ДИ: 4,75–7,08)	0,821

Так как нами была установлена взаимосвязь между показателями степени развития рефлексивности и контроля за действием у пациентов различных возрастных групп с невротическим уровнем дезорганизации личности, то целесообразно изучить и проанализировать особенности данных составляющих личностного потенциала в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола [6].

Цель исследования являлось изучение особенностей контроля за действием и рефлексии пациентов различных возрастных групп с невротическим уровнем дезорганизации личности в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола, а также определить взаимосвязь между ними.

Материал и методы исследования

Исследование особенностей системы контроля за действием и рефлексивности проводилось путем обследования 37 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 57 лет (медиана возраста исследуемых составляла 36 полных лет (Q1-Q3: 32,0 – 53,0)) с невротическим уровнем личностной дезорганизации, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка в апреле 2019 года. В качестве критериев для выделения данного

уровня дезорганизации личности использовались элементы структурного интервью О. Ф. Кернберга [5]. Из них у большинства пациентов, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, преобладали диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства F 41.2 (40,5%) и расстройства адаптации, в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции F 43.22 (13,5%). Распределение обследуемых по полу: мужчин - 16 чел. (43,2%), женщин - 21 чел. (56,8%).

Основную группу составили больные в возрасте до 40 лет – 51,35% (19 чел.), в группу сравнения вошли пациенты более старшей возрастной группы (старше 40) – 48,65% (18 чел.)

В исследовании использовались клинико-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов. Клинико-психопатологический метод строился на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и содержал традиционный опрос, анализ психического состояния, диагностику в соответствии с критериями МКБ-10. Социально-психологический метод был направлен на исследование показателей контроля за действием и уровня развития рефлексивности больных с невротическим уровнем дезорганизации личности и их взаимосвязь с помощью

Результаты исследования контроля за действием при реализации у больных различных возрастных групп с невротическим уровнем психических расстройств в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина (в стенах)

Факторы	До 40 лет M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Старше 40 лет M ± SD (95% ДИ)	Статистическая значимость различия, p
Состоят в браке	n=8; 6,63 ± 1,996 (95% ДИ: 4,96–8,29)	n=10; 7,5 ± 2,12 (95% ДИ: 5,98–9,02)	0,387
Не состоят в браке	n=11; 7 ± 2,45 (95% ДИ: 5,35–8,65)	n=8; 5 ± 2,27 (95% ДИ: 3,1–6,9)	0,088
Длительность заболевания до года	n=7; 8 ± 2,24 (95% ДИ: 5,93–10,07)	n=7; 5,7 ± 2,06 (95% ДИ: 3,81–7,62)	0,070
Длительность заболевания более года	n=12; 7 (Q1-Q3: 4,5–8)	n=11; 6,82 ± 2,71 (95% ДИ: 4,995–8,64)	0,379
Мужчины	n=10; 7 (Q1-Q3: 5–8)	n=6; 7,67 ± 1,97 (95% ДИ: 5,6–9,73)	0,562
Женщины	n=9; 7,33 ± 2,398 (95% ДИ: 5,49–9,18)	n=12; 5,75 ± 2,53 (95% ДИ: 4,14–7,36)	0,163

опросника «Шкала контроля за действием» Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина [8, 9] и методики диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова [10].

Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Если распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD), в случае, когда распределение отличалось от нормального, определяли медиану (Me) и значения нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение не отличалось от нормального и при гомогенности дисперсий использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от нормального, для сравнения двух выборок применялся критерий Манна-Уитни. Для выявления связи между признаками проводился корреляционный анализ: в случае, когда распределение не отличалось от нормального – коэффициент корреляции Пирсона, в противоположной ситуации – коэффициент ранговой корреляции Кендалла. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 рассмотрено сравнение показателей уровня контроля за действием при планировании у пациентов различных возрастных групп в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола (табл. 1). Статистически значимых различий у пациентов до 40 лет и старше 40 лет между показателями по шкале «контроль за действием при планировании» выявлено не было. Однако, из таблицы видно, что при планировании больные старше 40 лет, которые состоят в браке больше ориентируются на состояние, а не состоящие в браке – на действие, в то время как пациенты до 40 лет, состоящие в браке ориентируются на действие, а в браке не состоящие – на состояние. Женщины и пациенты с длительностью заболевания до года, как в основной группе, так и в группе сравнения, при планировании ориентированы на действие, а мужчины и больные с длительностью заболевания более года – на состояние. Следовательно, женщинам, пациентам с длительностью заболевания до года в обеих сравниваемых группах и больным в возрасте старше 40 лет, состоящих в браке присуща ориентация на действие при планировании деятельности, что отражает их способности отвлекаться от конкурирующих намерений в процессе инициации действия, выделять самое актуальное и приступать к его реализации. А

Результаты исследования контроля за действием при неудаче у больных различных возрастных групп с невротическим уровнем психических расстройств в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина (в стенах)

Факторы	До 40 лет M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Старше 40 лет M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Статистическая значимость различия, p
Состоят в браке	n=8; 5,88 ± 2,1 (95% ДИ: 4,12–7,63)	n=10; 2 (Q1-Q3: 1–4)	0,009*
Не состоят в браке	n=11; 4,73 ± 2,1 (95% ДИ: 3,32–6,14)	n=8; 3,88 ± 2,23 (95% ДИ: 2,01–5,74)	0,407
Длительность заболевания до года	n=7; 5,14 ± 2,34 (95% ДИ: 2,98–7,31)	n=7; 4,14 ± 2,04 (95% ДИ: 2,26–6,03)	0,412
Длительность заболевания более года	n=12; 5,25 ± 2,09 (95% ДИ: 3,92–6,58)	n=11; 1 (Q1-Q3: 1–5)	0,010*
Мужчины	n=10; 5 (Q1-Q3: 3–5)	n=6; 1 (Q1-Q3: 1–5)	0,118
Женщины	n=9; 5,67 ± 2,45 (95% ДИ: 3,78–7,55)	n=12; 3,5 ± 1,98 (95% ДИ: 2,24–4,76)	0,036*

Примечание: * - различия между группами статистически значимы, p<0,05.

мужчины и больные с длительностью заболевания более года, как в основной группе, так и в группе сравнения, а также пациенты старше 40 лет, не состоящие в браке при планировании своей деятельности больше ориентируются на состояние, что может проявляться в процессе формирования интенции как колебания: они не могут ни приступить к реализации деятельности, ни отказаться от нее.

У женщин в возрасте старше 40 лет между показателями уровня рефлексивности и контроля за действием при планировании выявлена статистически значимая средняя отрицательная корреляционная связь (R = -0,577). Это значит, что при планировании собственной деятельности женщины в группе сравнения с более низким уровнем рефлексивности больше ориентированы на действие, то есть вместо колебаний, долгих размышлений, длительного обдумывания и остановки на неприятных мыслях, чувствах, переживаниях психотравмирующих ситуаций при принятии решений они способны отвлекаться от неполноценных, конкурирующих намерений, решительны в выборе способа действий, но такие действия не всегда до конца продуманны. И напротив, женщины старшей возрастной категории с более высоким уровнем рефлексии склонны ориентироваться на состояние, что

обоснованно, так как они обдумывают каждый свой шаг, каждое дальнейшее действие, каждую свою мысль перед тем, как что-либо сделать или сказать, ведь имея богатый жизненный опыт они задумываются о последствиях своих действий.

При исследовании по шкале «контроль за действием при реализации» у пациентов различных возрастных групп в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола статистически значимых различий также не выявили (табл. 2). Исходя из полученных результатов видно, что при реализации деятельности большая часть обследуемых (мужчины и женщины, пациенты с различной длительностью заболевания, больные, состоящие в браке в сравниваемых группах и респонденты в возрасте до 40 лет, которые в браке не состоят) ориентированы на действие, что означает наличие у них высоких способностей удерживать в фокусе внимания актуальную интенцию, проявлять настойчивость. Однако, пациенты старше 40 лет, не состоящие в браке при реализации деятельности ориентированы на состояние, а, следовательно, у них преобладает повышенная отвлекаемость на посторонние раздражители, которая при сильной выраженности способна полностью разрушить начатое действие, прервать его.

Результаты исследования рефлексии у больных различных возрастных групп с невротическим уровнем психических расстройств в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова (в стенах)

Факторы	До 40 лет M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Старше 40 лет M ± SD (95% ДИ)	Статистическая значимость различия, p
Состоят в браке	n=8; 4,63 ± 1,19 (95% ДИ: 3,63–5,62)	n=10; 6,4 ± 1,17 (95% ДИ: 5,56–7,24)	0,006*
Не состоят в браке	n=11; 4,09 ± 1,51 (95% ДИ: 3,07–5,11)	n=8; 3,88 ± 1,64 (95% ДИ: 2,5–5,25)	0,768
Длительность заболевания до года	n=7; 4,86 ± 1,35 (95% ДИ: 3,61–6,1)	n=7; 4,57 ± 1,81 (95% ДИ: 2,895–6,25)	0,747
Длительность заболевания более года	n=12; 4 ± 1,35 (95% ДИ: 3,14–4,86)	n=11; 5,73 ± 1,85 (95% ДИ: 4,49–6,97)	0,017*
Мужчины	n=10; 5 (Q1-Q3: 3–5)	n=6; 6,33 ± 1,37 (95% ДИ: 4,9–7,77)	p<0,001*
Женщины	n=9; 4,22 ± 1,302 (95% ДИ: 3,22–5,22)	n=12; 4,75 ± 1,91 (95% ДИ: 3,54–5,97)	0,486

Примечание: * - различия между группами статистически значимы, p<0,05.

Немаловажно, что между показателями степени развития рефлексии и контроля за действием при реализации выявлены статистически значимые корреляционные связи: средняя (R= 0,669) у пациентов в возрасте старше 40 лет, состоящих в браке; высокая (R= 0,866) у больных из группы сравнения с длительностью заболевания более года; средняя (R= 0,663) у женщин группы сравнения. Следовательно, чем выше уровень рефлексии у пациентов из группы сравнения, состоящих в браке, у больных в возрасте старше 40 лет с длительностью заболевания более года и у женщин старшей возрастной категории, тем больше они ориентированы на действие при реализации, то есть несмотря на постоянный внутренний аутоанализ они способны необходимое время осуществлять реализацию намерения, проявлять настойчивость и решительность, сохранять самообладание и удерживать в фокусе внимания актуальную интенцию. Они склонны осознавать собственные эмоциональные предпочтения и это приводит к тому, что данные респонденты используют возможности для их реализации и не подвержены влиянию предпочтений и ценностей, навязанных другими людьми. То есть происходит «погружение» в деятельность, при котором человек осознанно продолжает искать и замечать другие возможности, старается

не упустить их, с целью узнать что-то новое. Больные, в возрасте старше 40 лет, состоящие в браке, пациенты из группы сравнения с длительностью заболевания более года и женщины старшей возрастной группы совершают активную деятельность при переработке опыта, а не переживают негативные эмоции, бездействуя и благодаря возрасту открыты всему новому.

В свою очередь, при исследовании показателей уровня контроля за действием при неудаче у пациентов различных возрастных групп (в возрасте до 40 лет и старше 40 лет) в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола были выявлены статистически значимые различия: у больных, состоящих в браке (p=0,009), у пациентов с длительностью заболевания более года (p=0,010), а также у женщин (p=0,036) (табл. 3). Следовательно, можно сделать вывод, что при неудаче женщины в возрасте до 40 лет и пациенты основной группы, состоящие в браке ориентированы на действие, а женщины группы сравнения и больные в возрасте старше 40 лет, состоящие в браке – ориентированы на состояние. Пациенты с длительностью заболевания более года как в основной группе, так и в группе сравнения ориентированы на состояние, однако уровень контроля за действием при неудаче значительно выше у пациентов до 40 лет (приближается к ориентации на действие). При

Результаты исследования контроля за действием у больных в возрасте до 40 лет (основная группа) с невротическим уровнем психических расстройств, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина

Семейное положение	Состоят в браке M ± SD (95% ДИ) n=8	Не состоят в браке M ± SD (95% ДИ) n=11	Статистическая значимость различия, p
Стены КД (п)	6,75 ± 2,38 (95% ДИ: 4,76–8,74)	4,36 ± 2,29 (95% ДИ: 2,82–5,9)	0,041*
Стены КД (р)	6,63 ± 1,996 (95% ДИ: 4,96–8,29)	7 ± 2,45 (95% ДИ: 5,35–8,65)	0,731
Стены КД (н)	5,88 ± 2,1 (95% ДИ: 4,12–7,63)	4,73 ± 2,1 (95% ДИ: 3,32–6,14)	0,254
Длительность заболевания	До года M ± SD (95% ДИ) n=7	Более года M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3) n=12	
Стены КД (п)	5,86 ± 3,13 (95% ДИ: 2,96–8,75)	4 (Q1-Q3: 4–6,5)	0,464
Стены КД (р)	8 ± 2,24 (95% ДИ: 5,93–10,07)	7 (Q1-Q3: 4,5–8)	0,101
Стены КД (н)	5,14 ± 2,34 (95% ДИ: 2,98–7,31)	5,25 ± 2,09 (95% ДИ: 3,92–6,58)	0,922
Пол	Мужчины M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3) n=10	Женщины M ± SD (95% ДИ) n=9	
Стены КД (п)	5,1 ± 2,08 (95% ДИ: 3,61–6,59)	5,67 ± 3,12 (95% ДИ: 3,27–8,07)	0,644
Стены КД (р)	7 (Q1-Q3: 5–8)	7,33 ± 2,398 (95% ДИ: 5,49–9,18)	0,356
Стены КД (н)	5 (Q1-Q3: 3–5)	5,67 ± 2,45 (95% ДИ: 3,78–7,55)	0,211

Примечание: * - различия между группами статистически значимы, p<0,05.

неудаче мужчины, пациенты, не состоящие в браке и больные, с длительностью заболевания до года любого возраста ориентированы на состояние. Соответственно, респонденты, которые при неудаче ориентированы на состояние длительно переживают разочарования, чувство досады, постоянно думают о том, что случившееся может повториться, то есть «застревают» на произошедших неудачах, что задерживает реализацию деятельности и мешает осуществлению целей. А пациентам, которым при неудаче свойственна ориентация на действие присуща способность инициировать процесс реализации намерения, несмотря на сопровождающие его трудности, они могут продолжать действовать вопреки неудачам.

Мы предполагаем, что женщины старшей возрастной группы, больные в возрасте старше 40 лет, состоящие в браке и пациенты из группы сравнения с длительностью заболевания более года при неудаче склонны к ориентации на состояние в силу возраста, так как с годами приобретает бесценный опыт, который некоторым образом «сковывает» деятельность, появляется стремление «подождать», затрудняются начать деятельность или пережить неприятность, зная массу вариантов развития событий они пессимистичнее в ожидании успеха.

Была выявлена статистически значимая высокая отрицательная корреляция (R = -0,893) между показателями уровня рефлексии и кон-

Результаты исследования контроля за действием у больных в возрасте старше 40 лет (группа сравнения) с невротическим уровнем психических расстройств, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики контроля за действием Ю. Куля в адаптации С.А. Шапкина

Семейное положение	Состоят в браке M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3) n=10	Не состоят в браке M ± SD (95% ДИ) n=8	Статистическая значимость различия, p
Стены КД (п)	5,2 ± 2,39 (95% ДИ: 3,49–6,91)	5,88 ± 2,23 (95% ДИ: 4,01–7,74)	0,550
Стены КД (р)	7,5 ± 2,12 (95% ДИ: 5,98–9,02)	5 ± 2,27 (95% ДИ: 3,1–6,9)	0,028*
Стены КД (н)	2 (Q1-Q3: 1–4)	3,88 ± 2,23 (95% ДИ: 2,01–5,74)	0,211
Длительность заболевания	До года M ± SD (95% ДИ) n=7	Более года M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3) n=11	
Стены КД (п)	6,29 ± 1,7 (95% ДИ: 4,71–7,86)	5 ± 2,53 (95% ДИ: 3,3–6,7)	0,255
Стены КД (р)	5,71 ± 2,06 (95% ДИ: 3,81–7,62)	6,82 ± 2,71 (95% ДИ: 4,995–8,64)	0,371
Стены КД (н)	4,14 ± 2,04 (95% ДИ: 2,26–6,03)	1 (Q1-Q3: 1–5)	0,151
Пол	Мужчины M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3) n=6	Женщины M ± SD (95% ДИ) n=12	
Стены КД (п)	4,67 ± 3,01 (95% ДИ: 1,51–7,83)	5,92 ± 1,83 (95% ДИ: 4,75–7,08)	0,288
Стены КД (р)	7,67 ± 1,97 (95% ДИ: 5,6–9,73)	5,75 ± 2,53 (95% ДИ: 4,14–7,36)	0,125
Стены КД (н)	1 (Q1-Q3: 1–5)	3,5 ± 1,98 (95% ДИ: 2,24–4,76)	0,356

Примечание: * - различия между группами статистически значимы, p<0,05.

троля за действием при неудаче у пациентов основной группы с длительностью заболевания до года. Соответственно, можно предположить, что чем выше степень развития рефлексии у пациентов в возрасте до 40 лет с длительностью заболевания до года, тем больше они ориентированы на состояние при неудаче, то есть не могут быстро исключить мысли о неудаче, которые поглощают ресурсы, необходимые для реализации намерения, склонны к избыточной переработке информации, связанной с негативными переживаниями и менее эффективно контролируют эмоционально негативные переживания, связанные с неудачей. У данных пациентов влияние предшествовавших эмоционально неприятных ситуаций ухудшает эффективность последующей

деятельности.

Проведенный анализ показателей степени выраженности рефлексии у пациентов различных возрастных категорий в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола показал статистически значимые различия: у пациентов, состоящих в браке (p=0,006); у больных, с длительностью заболевания более года (p=0,017) и у мужчин (p<0,001) (табл. 4). Можно сделать вывод, что хоть степень рефлексии находится для обеих групп в пределах средних значений, но у пациентов в возрасте старше 40 лет, состоящих в браке, с длительностью заболевания более года и мужчин уровень развития рефлексивности значительно выше, чем у больных основной группы по соответствующим

Результаты исследования рефлексии у больных в возрасте до 40 лет (основная группа) с невротическим уровнем психических расстройств, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова

Семейное положение	Состоят в браке M ± SD (95% ДИ)	Не состоят в браке M ± SD (95% ДИ)	Статистическая значимость различия, p
Стены (уровень рефлексии)	n=8; 4,63 ± 1,19 (95% ДИ: 3,63–5,62)	n=11; 4,09 ± 1,51 (95% ДИ: 3,07–5,11)	0,418
Длительность заболевания	До года M ± SD (95% ДИ)	Более года M ± SD (95% ДИ)	
Стены (уровень рефлексии)	n=7; 4,86 ± 1,35 (95% ДИ: 3,61–6,1)	n=12; 4 ± 1,35 (95% ДИ: 3,14–4,86)	0,198
Пол	Мужчины Me (Q1-Q3)	Женщины M ± SD (95% ДИ)	
Стены (уровень рефлексии)	n=10; 5 (Q1-Q3: 3–5)	n=9; 4,22 ± 1,302 (95% ДИ: 3,22–5,22)	0,549

факторам. Следовательно, данные категории пациентов могут оценить и описать собственные действия и их последствия, способны размышлять и осмыслять происходящее, длительно переживать эмоционально неприятные события, анализировать свои и чужие мысли, чувства, поведение. Соответственно, можно предположить, что уровень рефлексии пациентов, состоящих в браке, респондентов с длительностью заболевания более года и мужчин зависит от возраста испытуемых и повышается в силу приобретения жизненного опыта.

Учитывая такую закономерность, мы провели анализ показателей уровня контроля за действием и степени развития рефлексивности внутри групп. При исследовании показателей уровня контроля за действием у больных в возрасте до 40 лет, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола были выявлены статистически значимые различия между контролем за действием при планировании у пациентов, состоящих и не состоящих в браке ($p=0,041$) (табл. 5). Контроль за действием при реализации и неудаче в зависимости от семейного положения и уровень контроля за действием по всем трем шкалам в зависимости от длительности заболевания и пола не показал статистически значимых различий. Следовательно, при планировании пациенты в возрасте до 40 лет, состоящие в браке при принятии решений уверены, энергичны, напористы, деятельны (ориентированы на действие), а не состоящие в браке – нерешительны в выборе способа действий, тщательно анализируя все «за» и против» (ориентированы на состояние). Тип волевой регуляции у паци-

ентов основной группы не состоящих в браке можно отнести к самоконтролю, а состоящих в браке – к саморегуляции. Можно предположить, что пациенты в возрасте до 40 лет, состоящие в браке принимают решения быстро и без колебаний, в связи с тем, что уверены в поддержке своего партнера, в общности целей, при четкой дифференциации собственных и «чужих» целей, в благоприятном исходе любой деятельности.

При исследовании показателей уровня контроля за действием у пациентов из группы сравнения, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола также были выявлены статистически значимые различия между контролем за действием при реализации у пациентов, состоящих и не состоящих в браке ($p=0,028$) (табл. 6). Контроль за действием при планировании и неудаче в зависимости от семейного положения и уровень контроля за действием по всем трем шкалам в зависимости от длительности заболевания и пола не показал статистически значимых различий. Следовательно, можно констатировать тот факт, что при реализации пациенты в возрасте старше 40 лет, состоящие в браке поддерживают первоначальное намерение в активном состоянии до того момента пока цель не будет достигнута, они фиксированы на самом процессе деятельности и меньше озабочены ее результатом (ориентированы на действие). В то время как больные в возрасте старше 40 лет, не состоящие в браке могут прервать действие, в связи с повышенной отвлекаемостью на посторонние раздражители (ориентированы на состояние). Это может быть связано с тем, что пациенты в возрасте старше

Результаты исследования рефлексии у больных в возрасте старше 40 лет (группа сравнения) с невротическим уровнем психических расстройств, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола с помощью методики диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова

Семейное положение	Состоят в браке M ± SD (95% ДИ)	Не состоят в браке M ± SD (95% ДИ)	Статистическая значимость различия, p
Стены (уровень рефлексии)	n=10; 6,4 ± 1,17 (95% ДИ: 5,56–7,24)	n=8; 3,9 ± 1,64 (95% ДИ: 2,5–5,25)	0,002*
Длительность заболевания	До года M ± SD (95% ДИ)	Более года M ± SD (95% ДИ)	
Стены (уровень рефлексии)	n=7; 4,57 ± 1,81 (95% ДИ: 2,895–6,25)	n=11; 5,73 ± 1,85 (95% ДИ: 4,49–6,97)	0,212
Пол	Мужчины M ± SD (95% ДИ)	Женщины M ± SD (95% ДИ)	
Стены (уровень рефлексии)	n=6; 6,33 ± 1,37 (95% ДИ: 4,9–7,77)	n=12; 4,75 ± 1,91 (95% ДИ: 3,54–5,97)	0,091

40 лет, состоящие в браке более уверены в себе, чувствуют поддержку, получают удовольствие от деятельности, а не обдумывают различные ее исходы.

Исследовав показатели степени развития рефлексивности у пациентов основной группы, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола статистически значимых различий выявлено не было (табл. 7). Это может свидетельствовать о том, что на степень рефлексии у пациентов в возрасте до 40 лет не влияют такие факторы как пол, длительность заболевания и семейное положение.

При исследовании показателей уровня развития рефлексивности у пациентов в возрасте старше 40 лет, в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола были выявлены статистически значимые различия между степенью развития рефлексии у больных, состоящих и не состоящих в браке ($p=0,002$) (табл. 8). Уровень рефлексивности в зависимости от длительности заболевания и пола статистически значимых различий не показал, однако мужчины имеют более высокую степень развития рефлексии, чем женщины. Следовательно, у пациентов в возрасте старше 40 лет, состоящих в браке уровень развития рефлексивности значительно выше (ближе к высокому уровню), чем у больных, которые в браке не состоят (ближе к низкому уровню), несмотря на то, что степень рефлексии находится для обеих групп в пределах средних значений. Это свидетельствует о том, что пациенты старшей возрастной категории, состоящие в браке, анализируют собственные действия, высказывания и дезорганизация лич-

ности, возникающая у них, возможно, связана с глубоким и продолжительным разбором внутрисемейных конфликтов. А пациенты в возрасте старше 40 лет не состоящие в браке не склонны подвергать анализу каждый свой шаг, следовательно, возникновение невротического уровня дезорганизации личности связано, преимущественно, с остро возникающими психотравмирующими ситуациями. Можно предположить, что уровень рефлексии выше у пациентов в возрасте старше 40 лет, состоящих в браке, так как находясь в браке человек ориентируется не только на собственные желания и потребности, но учитывает интересы супруга, смотрит на себя со стороны, видит, как саму ситуацию взаимодействия во всех ее аспектах, так и альтернативные возможности и анализирует их.

Таким образом, данная категория пациентов характеризуется несовершенством механизмов развития рефлексивности и способности контролировать собственную деятельность, их незрелостью, а, следовательно, ослаблением функциональных возможностей (личностного потенциала), что и может приводить к субъективной неразрешенности психотравмирующей ситуации на интрапсихическом уровне, и может повлечь за собой развитие невротического уровня дезорганизации личности. Полученные данные являются предпосылкой для разработки реабилитационных персонализированных программ, позволяющих обеспечить личности готовность планировать собственную жизнедеятельность с помощью более гибкого ситуационного приспособления.

КОНТРОЛЬ ЗА ДЕЙСТВИЕМ И РЕФЛЕКСИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Индикатором качества психического здоровья человека, его способности к самореализации и интеграции в социум является личностная функциональность, которую можно измерить с помощью личностного потенциала, который показывает уровень личностной зрелости (уровень организации личности по О. Ф. Кернбергу). Благодаря рефлексивности личность может осознать и осуществлять регуляцию своей жизнедеятельности.

Целью данного исследования явились оценка особенностей контроля за действием и рефлексии пациентов различных возрастных групп с невротическим уровнем дезорганизации личности в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола, а также определение взаимосвязи между ними.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 37 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 57 лет с невротическим уровнем дезорганизации личности, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка в апреле 2019 года. В качестве критериев для выделения данного уровня дезорганизации личности использовались элементы структурного интервью О. Ф. Кернберга. Использовались клиничко-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов.

Результаты и их обсуждение. У женщин в возрасте старше 40 лет между показателями уровня рефлексивности и контроля за действием при планировании выявлена статистически значимая средняя отрицательная корреляционная связь ($R = -0,577$). Также выявлены статистически значимые корреляционные связи между показателями степени развития рефлексии и контроля за действием при реализации: средняя ($R = 0,669$) у пациентов в возрасте старше 40 лет, состоящих в браке; высокая ($R = 0,866$) у больных из группы сравнения с длительностью заболевания более года; средняя ($R = 0,663$) у женщин группы сравнения. В свою очередь, при исследовании показателей уровня контроля за действием при неудаче у пациентов различных возрастных групп в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола были выявлены статистически значимые различия: у больных, состоящих в браке ($p = 0,009$), у пациентов с длительностью заболевания более года ($p = 0,010$), а также у женщин ($p = 0,036$). И выявлена статистически значимая высокая отрицательная корреляция ($R = -0,893$) между показателями уровня рефлексии и контроля за действием при неудаче у пациентов основной группы с длительностью заболевания до года. Анализируя показатели степени выраженности рефлексии у пациентов различных возрастных категорий в зависимости от семейного положения, длительности заболевания и пола выявили статистически значимые различия: у пациентов, состоящих в браке ($p = 0,006$); у больных, с длительностью заболевания более года ($p = 0,017$) и у мужчин ($p < 0,001$). При исследовании показателей уровня контроля за действием у больных в возрасте до 40 лет выявлены статистически значимые различия между контролем за действием при планировании у пациентов, состоящих и не состоящих в браке ($p = 0,041$), а у пациентов из группы сравнения - между контролем за действием при реализации у пациентов, состоящих и не состоящих в браке ($p = 0,028$). Выявлены статистически значимые различия между показателями степени развития рефлексии у больных в возрасте старше 40 лет, состоящих и не состоящих в браке ($p = 0,002$).

Выводы. Данная категория пациентов характеризуется несовершенством механизмов развития рефлексивности и способности контролировать собственную деятельность, их незрелостью, а, следовательно, ослаблением функциональных возможностей (личностного потенциала), что и может приводит к субъективной неразрешенности психотравмирующей ситуации на интрапсихическом уровне, и может повлечь за собой развитие невротического уровня дезорганизации личности. Полученные данные являются предпосылкой для разработки реабилитационных персонализированных программ.

Ключевые слова: контроль за действием, рефлексивность, рефлексия, ориентация на действие, ориентация на состояние, личностный потенциал, невротический уровень дезорганизации личности

CONTROL FOR ACTION AND REFLEXIVITY IN PATIENTS
WITH THE NEUROTIC LEVEL OF PERSONALITY DISORGANIZATION

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The indicator of the quality of a person's mental health, his ability to self-realization and integrate into society is a personality functionality that can be measured with the help of a personality potential that shows the level of personality maturity (the level of personality organization according to O. F. Kernberg). With the help of reflexivity, a person can realize and regulate his life activity.

The purpose of this research was to assess the features of action control and reflection of patients of various age groups with the neurotic level of personality disorganization depending on marital status, duration of the disease and gender, as well as to determine the relationship between them.

Material and methods. The research involved 37 respondents of both sexes aged 18 to 57 years with the neurotic level of personality disorganization who were hospitalized in the Republican Clinical Psychoneurological Hospital - Medical and Psychological Center of Donetsk in April 2019. As criteria for highlighting this level of personality disorganization, elements of the structural interview by O.F. Kernberg were used. Clinical-psychopathological, socio-psychological (psychodiagnostic) methods and the method of mathematical processing of results were used.

Results and its discussion. In women over the age of 40, a statistically significant mean negative correlation ($R = -0.577$) was revealed between the level of reflexivity and decision-related action orientation. Also revealed statistically significant correlation between the degree of development of reflection and performance-related action control: average ($R = 0.669$) in patients over the age of 40 who are married; high ($R = 0.866$) in patients from the comparison group with a disease duration of more than a year; average ($R = 0.663$) in women of the comparison group. In turn, in the study of failure-related action control in patients of different age groups depending on marital status, duration of the disease and gender, statistically significant differences were revealed: in married patients ($p = 0.009$), in patients with a disease duration of more year ($p = 0.010$), as well as in women ($p = 0.036$). And a statistically significant high negative correlation ($R = -0.893$) between the level of reflection and failure-related action control in patients of the main group with a disease duration of up to a year was revealed. Analyzing the severity of reflection in patients of various age categories depending on marital status, duration of the disease and gender revealed statistically significant differences: in married patients ($p = 0.006$); in patients with a disease duration of more than a year ($p = 0.017$) and in men ($p < 0.001$). In the study of action control in patients under the age of 40 years, statistically significant differences were found between decision-related action control in patients married and unmarried ($p = 0.041$), and in patients from the comparison group, between performance-related action control in patients married and unmarried ($p = 0.028$). Statistically significant differences were found between the degree of development of reflection in patients over the age of 40 years, married and unmarried ($p = 0.002$).

Findings. This category of patients is characterized by imperfection of the mechanisms of development of reflexivity and the ability to control their own activity, their immaturity, and, consequently, weakening of their functional capabilities (personal potential), which can lead to the subjective unresolved psycho-traumatic situation at the intrapsychic level, and may entail the development of a neurotic level of personality disorganization. The data obtained is intended for the development of personalized rehabilitation programs.

Keywords: action control, reflexivity, reflection, action orientation, state orientation, personal potential, neurotic level of personality disorganization

Литература

1. Абрамов В.А. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 7-14.
2. Дубровина И.В. (ред.), Андреева А.Д., Вохмянина Т.В., Воронова А.А., Гуткина Н.И., Данилова Е.Е., Екимова В.И., Зацепин В.В., Лубовский Д.В., Николаева А.Б., Пахальян В.Э.,

- Прихожан А.М., Толстых Н.Н. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. Екатеринбург: Деловая книга; 2000. 176.
3. Байкова Л.А. Психология здоровья: социальное здоровье детей и молодежи: учебное пособие для бакалавриата и магистратуры. М.: Издательство Юрайт; 2019. 216.
 4. Аверина А.Ж., Александрова Л.А., Васильев И.А., Гордеева Т.О., Гусев А.И., Дергачева О.Е., Иванченко Г.В., Калитеевская Е.Р., Курганская М.В., Лебедева А.А., Леонтьев Д.А. (ред.), Мандрикова Е.Ю., Митина О.В., Осин Е.Н., Плотникова А.В., Рассказова Е.И., Фам А.Х., Шапкин С.А. Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011. 675.
 5. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс»; 2000. 464.
 6. Альмешкина А.А. Особенности контроля за действием и рефлексивности у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 4 (48): 60-69.
 7. Альмешкина А.А. Рефлексивность как индикатор целостности и функциональности личности у пациентов с невротическими расстройствами. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 65-74.
 8. Шапкин С.А. Экспериментальное изучение волевых процессов. М.: Смысл; 1997. 140.
 9. Костерина Н.В. Психология индивидуальности (воля): Методические указания. Ярославль: Ярославский государственный университет; 2002. 32.
 10. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. Психологический журнал. 2003; 24 (5): 45-57.

References

1. Abramov V.A. Predstavlenie o funktsional'nosti (funktsional'nykh vozmozhnostyakh) lichnosti kak sub'ekta samovospriyatiya [Presentation of personality functionality (functional features) as a subject of self-perception]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2019; 2 (46): 7-14 (in Russian).
2. Dubrovina I.V. (red.), Andreeva A.D., Vokhmyanina T.V., Voronova A.A., Gutkina N.I., Danilova E.E., Ekimova V.I., Zatsepin V.V., Lubovskii D.V., Nikolaeva A.B., Pakhal'yan V.E., Prikhozhan A.M., Tolstykh N.N. Psikhicheskoe zdorov'e detei i podrostkov v kontekste psikhologicheskoi sluzhby [Mental health of children and adolescents in the context of psychological service]. Ekaterinburg: Delovaya kniga; 2000. 176 (in Russian).
3. Baikova L.A. Psikhologiya zdorov'ya: sotsial'noe zdorov'e detei i molodezhi: uchebnoe posobie dlya bakalavriata i magistratury [Psychology of health: the social health of children and youth: a textbook for undergraduate and graduate programs]. Moscow: Izdatel'stvo Yurait; 2019. 216 (in Russian).
4. Averina A.Zh., Aleksandrova L.A., Vasil'ev I.A., Gordееva T.O., Gusev A.I., Dergacheva O.E., Ivanchenko G.V., Kaliteevskaya E.R., Kurganskaya M.V., Lebedeva A.A., Leont'ev (red.) D.A., Mandrikova E.Yu., Mitina O.V., Osin E.N., Plotnikova A.V., Rasskazova E.I., Fam A.Kh., Shapkin S.A. Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika [Personal potential: structure and diagnosis]. Moscow: Smysl; 2011. 675 (in Russian).
5. Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii [Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies]. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass»; 2000. 464 (in Russian).
6. Al'meshkina A.A. Osobennosti kontrolya za deistviem i reflektivnosti u patsientov s nevroticheskim urovnem dezorganizatsii lichnosti [Features of control for action and reflexivity in patients with the neurotic level of personality disorganization]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2019; 4 (48): 60-69 (in Russian).
7. Al'meshkina A.A. Refleksivnost' kak indikator tselostnosti i funktsional'nosti lichnosti u patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami [Reflexivity as an indicator of the integrity and personality functionality in patients with mental disorders of neurotic level]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2019; 2 (46): 65-74 (in Russian).
8. Shapkin S.A. Eksperimental'noe izuchenie volevykh protsessov [Experimental study of volitional processes]. Moscow: Smysl; 1997. 140 (in Russian).

9. Kosterina N.V. Psikhologiya individual'nosti (volya): Metodicheskie ukazaniya [Psychology of personality (volition): guidelines]. Yaroslavl: Yaroslavskii gosudarstvennyi universitet; 2002. 32 (in Russian).
10. Karpov A.V. Refleksivnost' kak psikhicheskoe svoistvo i metodika ee diagnostiki [Reflexivity as a mental property and the technique of its diagnosis]. Psikhologicheskii zhurnal. 2003; 24 (5): 45-57 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.12.2019