

УДК 159.9

ИЕРАРХИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕР У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В.В.ЛИНЬКОВ, И.В.УТКИН, М.Н.УТКИНА*

Синдром минимальной мозговой дисфункции (ММД), как частое последствие неоптимального течения беременности и родов, с позиций психологии представляет собой клубок неразрешенных загадок, парадоксов и дилемм. Дети с синдромом ММД имеют нормальный или даже мощный интеллект, но при этом отличаются низкой успеваемостью в школе. Неврологический дефицит у них незначительный, полностью или частично нивелирующийся к моменту вступления в пубертат [1, 2]. Однако здесь на смену «ажурной» неврологической симптоматике приходят яркие психо-эмоциональные расстройства, нередко проявляющиеся различными формами девиантного поведения – оппозиционным, агрессивным, аддиктивным и пр. [9, 12] Несмотря на необозримое число работ, посвященных различным аспектам ММД, психологические механизмы, лежащие в основе поведенческих девиаций, во многом не выяснены. В этой связи логично предположить, что у субъектов с этим синдромом нарушены процессы восприятия событий и ситуаций реальной жизни на фоне микроорганического поражения ЦНС. Подтвердить или отвергнуть эту гипотезу можно путем семантического моделирования эмоциональной и потребностной сфер, реконструируя их категориальный строй и структурную иерархию. Такую возможность дает экспериментальная психосемантика, которая позволяет психологу взглянуть на мир глазами испытуемого, исследовать его способы осмысления реальности [4–6, 11].

Цель работы – исследование структурной иерархии эмоциональной и потребностной сфер у школьников с синдромом ММД старшего подросткового возраста с использованием экспериментально-психосемантического подхода.

Таблица
Ситуационно-операционная матрица для исследования эмоциональной сферы

Эмоции \ Ситуации	Вы утешаете плачущего ребенка	К Вам нагрянули в гости одноклассники	Вы – победитель в городской олимпиаде	Вы посещаете шахматную секцию	Вы предлагаете прыгнуть с парашютом	Вы обследуете подвалы старинного замка	Вы интенсивно изучаете английскую грамматику	Вы слушаете любимую музыку	Вы бездельничаете, нежась на пляже	Вы завели себе кошку для денег
Интерес										
Волнение										
Радость										
Удивление										
Страдание										
Гнев										
Отвращение										
Презрение										
Страх										
Стыд										
Вина										

Дизайн исследования заключался в разработке особого варианта репертуарной решетки – ситуационно-операционной матрицы – для изучения базовых эмоций и основных потребностей и позволяющей не нарушить принцип сопоставимости результатов [8] (табл.). Суть этого метода состоит в том, что в качестве элементов (столбцов матрицы) взяты психологические ситуации, а в роли конструкторов (строк) использованы разные варианты эмоционального реагирования, базирующиеся на 10 видах фундаментальных (базовых) человеческих эмоций [3]. Гипотетические ситуации, взятые в качестве элементов этой матрицы, содержат в «зашифрованном» виде 10 вариантов по-

требностей, обеспечивающих удовлетворение альтруистических, коммуникативных, глорических (слава, почет), практических, пугнических (преодоление страха), романтических, гностических (стремление к знаниям), эстетических, гедонистических (наслаждение) и акзигитивных (накопительство) мотиваций [10].

Высказывания, содержащиеся в столбцах таблицы, следует считать первой частью некоего утвердительного предложения, а вторая часть этого предложения находится в строках. Например: «Вы победитель в городской олимпиаде ...это вызывает у Вас радость». Задача состоит в том, чтобы выразить, насколько соответствует то или иное высказывание характеру респондента, используя следующую пятиточковую порядковую шкалу: «+2» – да, несомненно; «+1» – скорее так, возможно; «0» – затрудняюсь ответить, не знаю; «-1» – скорее нет; «-2» – несомненно, нет. Затем эти матрицы, заполненные респондентами, обрабатывались методом кластерного анализа по программе STATISTICA 6.0 с построением дендрограмм. Визуализация дендрограмм дает представление о категориальной структуре и иерархической организации индивидуального сознания субъектов исследования.

Скрининговое исследование эмоциональной и потребностной сфер проводилось в основной группе (ОГ), состоявшей из 29 больных ММД, отобранных методом случайной выборки из учащихся выпускных классов общеобразовательных школ (18 юношей и 11 девушек, ср. возраст 16,7±0,2 года). У всех респондентов ОГ в анамнезе имелся синдром дефицита внимания с повышенной двигательной активностью (типичная форма ММД). Контрольная группа (КГ) представлена 26 здоровыми подростками (14 юношей и 12 девушек, ср. возраст 16,3±0,4 года), была идентична выборке лиц с синдромом ММД по возрасту и полу.

При обработке ситуационно-операционных матриц респондентов исследуемых групп методом кластерного анализа все фундаментальные эмоции были распределены на два больших кластера (рис. 1, 2). Каждый из них объединял либо положительные эмоции, либо отрицательные. Кластеры положительных эмоций, вошедшие в себя такие категории, как интерес, волнение, радость и удивление, оказались практически идентичными в обеих группах. Незначительные различия касались лишь степени семантической близости этих категорий. Между тем кластеры отрицательных эмоций в сравниваемых выборках имели существенные отличия. В группе ММД наиболее близкими в семантическом плане категориями были «стыд» и «презрение». К ним теснейшим образом примыкало «чувство вины». «Отвращение» и «гнев» также были тесно взаимосвязаны между собой и находились в функциональном взаимодействии с вышеупомянутыми категориями. Столь малые расстояния между этими категориями в субъективных семантических пространствах указывают на их синкретичность. Этот феномен подразумевает слабую дифференцированность большинства отрицательных эмоций. На практике это проявляется тем, что субъект, испытывая некие сильные негативные эмоции, не может их четко идентифицировать. У лиц ОГ отдельные отрицательные эмоции осознавались вполне дифференцированно. К их числу относится «страдание» и особенно «страх». В классификационном дереве эти категории располагались на более высоких, обобщающих уровнях по отношению к синкретичным эмоциям и были отщеплены от их основного констеллята (рис. 1). Страх является архетипически наиболее древней эмоцией и тесно связан с инстинктом самосохранения. Коннотативное значение страха неодинаково у разных людей: одних он побуждает к борьбе, на других действует парализующе.

В КГ кластер отрицательных эмоций характеризовался меньшим семантическим сходством между категориями и большей дифференцированностью (рис. 2). Этот кластер состоял из двух подклассов. Первый из них составляли такие семантически связанные между собой эмоции, как гнев, страдание и чувство вины. Для КГ, в отличие от ОГ, страдание не является обобщающей категорией. Гипотетически проявление гнева у здоровых, критически оценивающих свои эмоциональные реакции и поведение, может быть сопряжено в последующем с раскаянием, проявляющимся страданием и чувством вины.

Второй подкласс отрицательных эмоций включал отвращение, презрение, стыд и страх, находящиеся на разных иерархических уровнях дендрограммы. Страх был интегральной составляющей для этого констеллята базовых отрицательных эмоций.

Исследование потребностной сферы с использованием кластерного анализа выявило ряд особенностей в группе ММД и у здоровых. Все эмоциональные потребности были разбиты на два больших кластера (рис. 3, 4). Кластеры, объединившие в себе романтические, пугнические, эстетические, глорические и коммуникативные потребности, по структуре практически не отли-

* ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава

чались друг от друга в ОГ и КГ. Внутрикластерные различия затрагивали лишь степень сходства изучаемых категорий.

В ОГ романтические и пугнические потребности семантически более близки, чем в контроле. Напротив, в КГ большее сходство отмечено между глорическими и коммуникативными эмоциональными направленностями (рис. 3). Вторая группа кластеров была сформирована из акизитивных, гедонистических, гностических и практических потребностей. У респондентов ОГ в состав этого кластера входила еще альтруистическая потребность, примыкая на более высоком обобщающем уровне к гностической и практической инвариантам. Между тем в КГ альтруистическая потребность играла роль интегральной составляющей для всех остальных категорий потребностной сферы и семантически была весьма отдалена от них. Это дает возможность предположить, что альтруизм едва ли является актуальной потребностью для старших школьников (рис. 4).

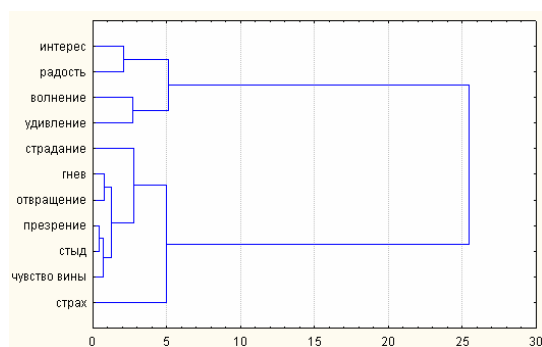


Рис. 1 Иерархия базовых эмоций при ММД

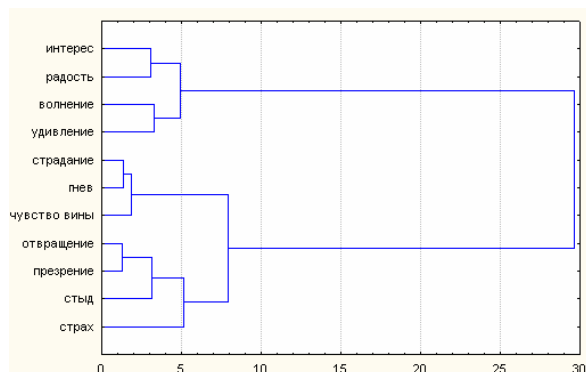


Рис. 2 Иерархия базовых эмоций в КГ

Межгрупповые различия этих кластеров выглядели весьма рельефно и касались структурной иерархии и степени семантического сходства. В ОГ смысловые связи между вышеуказанными категориями были заметно слабее, чем в КГ. В КГ акизитивные и практические потребности обладали высокой степенью семантического сходства. Мотивация в приобретении знаний, тесно примыкая к акизитивным и практическим потребностям, генерировала новую мотивацию – гедонистическую. Взаимосвязь гностических и акизитивных потребностей оказалась неожиданной. Это заставило иначе взглянуть на акизитивную потребность.

Реализация потребности накопления в виде коллекционирования вырабатывает у детей навыки систематизации, оценки, стремления узнать больше о коллекционируемых предметах, тренирует зрительную и др. виды памяти и т.п. Это позволяет расценивать акизитивную эмоциональную направленность как развивающую. Все это, в совокупности с практической потребностью, создает благоприятную почву для реализации гностической потребности. Наличие определенной семантической связи между этими потребностями и гедонистической позволяет полагать, что гармонично сформированные потребности в приобретении знаний и практических навыков, наряду с удовлетворением акизитивных запросов личности при ряде условий может давать чувство удовлетворения и наслаждения от этих видов деятельности. Но это не носит характера строгой закономерности из-за семантической дистанционности гедонии от прочих сопряженных с ней эмоциональных потребностей.

Аналогичный кластер в группе ММД отличался абсолютно иной, более примитивной структурной иерархией потребностной

сферы (рис. 3). Степень семантической близости между гедонистическими, акизитивными, гностическими, практическими и альтруистическими потребностями была гораздо менее выраженной по сравнению с КГ. Содержательная часть этого кластера характеризовалась определенной взаимосвязью между гностической и акизитивной, практической и гностической потребностями. Это означает, что лица ОГ получают удовлетворение или даже наслаждение от накопительства, коллекционирования и т.п.

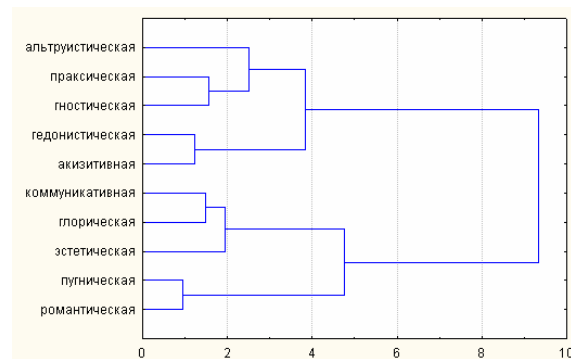


Рис. 3 Иерархия категорий потребностной сферы при ММД

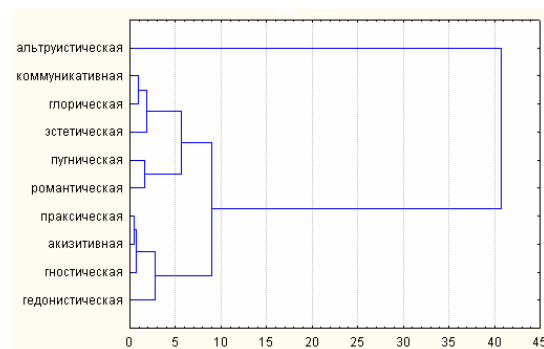


Рис. 4 Иерархия категорий потребностной сферы в КГ

Однако в этом случае акизитивная потребность, сопряженная с гедонистической, не несет никакой положительной нагрузки в плане приобретения знаний и развития когнитивных функций. Она всецело направлена на получение удовольствия. Гностическая потребность обусловлена практическими задачами. Очевидно, респонденты с синдромом ММД (ОГ) имеют глубинную мотивацию получить ровно столько знаний, столько требуется для удовлетворения практических потребностей. Т.к. гностическая и акизитивная потребности в этой группе не связаны между собой, логично предположить, что лица с синдромом ММД имеют дефицит по части систематизации, упорядочения и классифицирования знаний. На дендрограмме альтруизм выглядит как своего рода производная от гностической и практической потребностей, но значительно от них дистанционирован. Как и в КГ, актуальность альтруистической потребности для ОГ невелика. У старших подростков с синдромом ММД имеется парциальное несовершенство восприятия ситуаций, вызывающих отрицательные эмоции. При этом гнев, отвращение, презрение, стыд и чувство вины отражаются в сознании синкретично, что создает благоприятные условия для развития аффекта с последующими трудноконтролируемыми поведенческими реакциями. Между тем события, сопровождающиеся позитивной эмоциональной окраской воспринимаются вполне нормально, как и у здоровых. В потребностной сфере ОГ также имеют определенный парциальный дефицит. В педагогическом аспекте гностическая потребность тесным образом сопряжена с практической. Для субъектов ОГ самый доступный путь приобретения знаний – через освоение практических навыков. Вместе с тем потребность в общении, в стремлении к славе, в удовлетворении эстетических и романтических запросов и преодолении страха сформированы так же, как и у здоровых. Это позволяет наметить ряд инновационных психологических подходов к работе с подростками с синдромом ММД.

По данным экспериментально-психосемантического исследования эмоциональной сферы у учащихся выпускных классов с синдромом ММД в катанезе обнаружена парциальная несостоя-

тельность эмоциональной сферы, проявляющаяся в синкретичном восприятии ситуаций, вызывающих отрицательные эмоции. События с позитивной эмоциональной окраской, воспринимаются нормально, а структурная иерархия положительных эмоций идентична здоровым. Потребностная сфера в ОГ характеризовалась более примитивной структурной иерархией и менее тесными семантическими связями по сравнению с КГ. Основные отличия в потребностной сфере при ММД сопряжены с гностической потребностью. Мотивация в приобретении знания в ОГ была детерминирована практическими потребностями. На формирование гностической сферы у здоровых сильное влияние оказывают не только практические потребности, но и акзигитивные.

Литература

1. Барашнев Ю.И. и др. // Рос. вест. перинатол. и педиатрии. – 1998. – № 4. – С. 6–12
2. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. // Рос. вест. перинатол. и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 39–42
3. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб: Питер. – 2001. – 752 с.
4. Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 127 с.
5. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. М.: Изд-во МГУ, 1988. – 208 с.
6. Петренко В.Ф. // Психология. – 1998. – № 3. – С. 1–7.
7. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. М.: 2002. – 2005. – 480 с.
8. Потапкин А.А. Ситуационно-операционная решетка как метод профессиональной психодиагностики: Автореф. дис... канд. психол. наук. М., 2004. – 24 с.
9. Тарасова Г.Д. // Вест. оторинолар. – 2000. – № 5. – С. 76–78.
10. Шевандрин Н.И. Основы психологической диагностики. – Ч. 3. – М.: Владос, 2003. – 336 с.
11. Шмелев А.Г. // Вопросы психологии, 1982. – № 5. – С. 34.
12. Ясюкова Л.А., Мулярь О.И. // Психол. газета. – 1997. – № 4.

УДК 616.132.2-008.64

МЕТОД РАЗДЕЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

З.Т. АСТАХОВА, А.В. СОПЛЕВЕНКО*

Введение. Внедрение в клиническую практику концепции «медицины, основанной на доказательствах», привело к необходимости более широкого использования методов комплексного клиничко-экономического анализа. Учитывая темпы роста распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, их роль и значимость в трудовых потерях, инвалидизации и смертности трудоспособного населения, большое значение в современных условиях приобретает применение результатов клиничко-экономического анализа при проведении фармакотерапии пациентов, страдающих сердечно-сосудистой патологией.

Большинство научных работ, посвященных клиничко-экономическому анализу, основана на исследованиях, выполненных за рубежом, стоимость затрат и экономический эффект оценивается в иностранной валюте [1–4]. При этом не учитывается, что результат экономических расчетов не могут переноситься в нашу страну из-за существенных различий в цене на медицинские услуги и лекарственные препараты. В научных работах, в том числе и в кардиологии, основанных на собственных исследованиях, обнаруживаются существенные отличия в критериях оценки клиничко-экономической эффективности [3, 5–7]. Все это делает актуальной работу по формированию единых подходов к методологии исследований в области клиничко-экономического анализа, разработке доступных критериев интерпретации данных и возможности их применения в работе практических врачей.

Материалы и методы исследования. Наиболее часто используемый метод клиничко-экономического анализа «затраты – эффективность» [1–3, 5–6] основан на определении затрат, приходящихся на единицу клиничко-экономической эффективности. Другие существующие методы клиничко-экономического анализа «минимизация затрат», «затраты – полезность», «затраты – выгода» могут рассматриваться как разновидность анализа «затраты – эффективность», отличаясь критериями оценки и единицами измерения результатов. В методе «затраты – эффективность»

имеются недостатки, основанные на взаимосвязанном анализе стоимости и клиничко-экономической эффективности изучаемого метода лечения. При существующих расчетах высокоэффективный, но дорогостоящий препарат будет получать ту же оценку, что и низкоэффективный, но дешевый. Не учитывается широкое распространение в последние годы многоканального финансирования, когда лечебное учреждение получает денежные средства из бюджетов разных уровней, фондов, спонсоров. Реализация Национального проекта «Здоровье» также предполагает увеличение финансирования ЛПУ. Поэтому стоимость затрат на лечение не играет ведущую роль при выборе метода лечения. В методе «затраты – эффективность» не находят отражения и сроки достижения максимального клиничко-экономического эффекта. В качестве критериев эффективности метода лечения используются [4–7, 9–10] прямой или опосредованный клиничко-экономический эффект изменения показателей здоровья или качества жизни в группе обследуемых.

При проведении оценки эффективности изучаемого лекарственного препарата в клиничко-экономическом исследовании в качестве критерия чаще используют прямой клиничко-экономический эффект, то есть изменения клиничко-экономических, биохимических или функционально-диагностических показателей, выраженные в абсолютных цифрах, что позволяет получить ответ на поставленный вопрос в течение достаточно короткого времени (от одного до нескольких месяцев). При проведении оценки «стоимости» болезни также встречаются разные подходы к расчету затрат [5, 8, 11–12]. При острой патологии, например, хирургической, для клиничко-экономической оценки методов лечения чаще используется учет всех затрат, связанных с заболеванием. При хронических заболеваниях, в т.ч. сердечно-сосудистой системы, для клиничко-экономической оценки методов лечения больше подходит учет затрат, связанных с заболеванием на конкретный момент времени, независимо от того, на какой стадии находится болезнь у пациента. В связи с отмеченными недостатками имеющихся методик клиничко-экономического анализа нами разработан метод раздельной клиничко-экономической и экономической оценки эффективности медикаментозного лечения. Для проведения сравнительной оценки эффективности лекарственных препаратов, сопоставления данных, полученных в разных клиниках, предложено использовать в качестве критерия клиничко-экономической эффективности количество максимально достоверных и наибольших положительных изменений средних величин показателей, выраженное в процентах. Учитывая, что клиничко-экономическая оценка метода лечения проводится у больных, находящихся в одинаковых условиях, где стоимость койко-дня и диагностического исследования (непрямые затраты) одинакова, то разница в стоимости затрат, связанных с заболеванием, будет зависеть только от цены лекарственного препарата (прямые затраты) и длительности пребывания больного в стационаре. Поэтому при оценке клиничко-экономической эффективности лечения больных, находящихся в одинаковых условиях при расчете затрат можно учитывать стоимость курса лечения изучаемым препаратом и срок наступления максимального клиничко-экономического эффекта от проводимого лечения.

Предложено определять коэффициенты клиничко-экономической (ККЭ) и экономической (КЭЭ) эффективности медикаментозного лечения, в основе которых лежит определение максимально достоверных и наибольших количественных положительных изменений средних величин клиничко-экономических, биохимических и (или) функционально-диагностических показателей, выраженных в процентах ($\Delta\%$), определенных по результатам комплексного исследования, проводимого до и после курса лечения по группам изучаемых препаратов; при этом ККЭ определяют, как отношение $\Delta\%$ к среднему сроку проводимого курса лечения в днях (Дн) и КЭЭ – как отношение средней стоимости курса лечения в рублях (Ст) к $\Delta\%$, возведенное в минус первую степень.

Путем экспертной оценки были получены данные:

1. Клиничко-экономическая эффективность ($\Delta\%$): $<20\%$ – низкая; от 20 до 50% – средняя; $>50\%$ – высокая клиничко-экономическая эффективность.
2. Ср. срок (дн): <20 дн. – быстрый; $20\div30$ дн. – средний; >30 дн. – медленный срок достижения положительного эффекта.
3. Ср. стоимость (Ст): <200 руб. – низкая; от 200 до 500 руб. – средняя; >500 руб. – высокая стоимость курса лечения.

Коэффициент клиничко-экономической эффективности (ККЭ), определяющий положительные изменения средних величин показателей в единицу времени, выше 2,0 указывает на высокую, от 2,0 до 1,25 – на среднюю и $<1,25$ – на низкую клиничко-экономическую эффективность. Коэффициент экономической эффективности (КЭЭ), определяющий объем затрат на единицу эффективности, $>0,2$ указывает на высокую, от 0,2 до 0,05 – на среднюю и $<0,05$ – на низкую экономическую эффективность. Проводя сравнительную

* Северо-Осетинская госмедикадемия, г.Владикавказ