

выявленные деперсонализационные феномены (искажения восприятия телесного облика, наличие дополнительных частей тела) связаны со степенью выраженности заболевания.

Литература.

1. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 48-58.
2. Аристотель. Физика // Сочинения в 4-х томах. – М., Т.3., 1978. – 613 с.
3. Бернштейн Н.А. Биомеханика и физиология движения: Избранные психологические труды. – М.; Воронеж, 1997. – 688 с.
4. Гегель Г.В.Ф. Энциклопедия философских наук. Т.2. – М., 1975. – С. 744.
5. Кант И. Собрание сочинений. – М., 1964. – Т.3. – С. 131.
6. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал, 2003, № 1, Т.24. – С. 119-126.
7. Павлов И.П. Физиология высшей нервной деятельности // Павлов И.П. Мозг и психика: Избранные психологические труды. – М.; Воронеж, 1995. – С. 191.
8. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб., 2005. – 384 с.
9. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга // Сеченов И.М. Психология поведения: Избранные психологические труды. – М.; Воронеж, 1995. – С. 121.
10. Spiker D., Ricks M. Visual self-recognition in autistic children: developmental relationships // Journal Child development. – 1984. Vol. 55. – № 1.

Подходы к психологической диагностике в клинике сердечно-сосудистых заболеваний

Ильхамова Д.И.

Национальный университет Узбекистана, Ташкент, Узбекистан

Обязательным этапом работы, на котором решается задача установления или уточнения функционального диагноза является психологическая диагностика больного. Как отмечает М.М.Кабанов [3] «функциональный диагноз характеризующий аналитико-синтетическую деятельность врача, состоит из трех частей: клинической, психологической и социальной. Врачу при реабилитационном подходе к больному важно знать не только «название»

болезни [нозологический и синдромологический диагноз], но и у кого [какой личности] и в какой среде [имеется в виду социальная микросреда] эта болезнь возникает. Функциональный диагноз отвечает на эти вопросы.

По мнению В.В.Николаевой [5] изучение изменений психики соматического больного выдвигает определенные требования. Во-первых объектом диагностики в этом случае является не только пациент, как таковой, но вся та социальная ситуация развития, которая сложилась ко времени исследования и в которой разворачивается жизнедеятельность больного. Основные моменты, образующие эту ситуацию: пациент с присущими ему преморбидными особенностями личности, ближайшее социальное окружение – семья, круг общения, профессиональный коллектив. Во-вторых, при установлении функционального диагноза особенно важна подробная характеристика психической деятельности больного и компенсаторных ресурсов. Особого внимания в ходе работы заслуживают выявление и описание спонтанных способов компенсации дефекта, найденных больным в ходе адаптации к болезни, а также типов психологической защиты, используемых им. Психологическая диагностика при установлении функционального диагноза должна ориентироваться не только на выделение ведущего психологического синдрома, но и на качественный анализ сохранный потенциала психической деятельности [5]. Установление функционального диагноза необходимо для индивидуальной терапевтической работы с больными; более тонкого определения прогноза заболевания; определения прогноза эффективности социотерапевтических и трудотерапевтических мероприятий; определения индивидуализированного пути реабилитации больного как в период пребывания в стационаре, так и после выписки.

Участие психолога в установлении функционального диагноза может преследовать различные цели, о которых необходимо знать, прежде чем приступать к исследованию больного.

Сегодня кардиологами однозначно признается необходимость учета роли психологических факторов при ССЗ. Экономическая целесообразность определённых затрат, связанных с квалифицированной психодиагностикой, психокоррекцией, не вызывает сомнения [4, 7]. Психодиагностика у больных ССЗ затруднена с тем, что большинство соматических больных до конца не осознают свои психологические проблемы, считая их только следствием жизненных неудач, связанных с характерологическими особенностями или обстоятельствами жизни. Многие больные стесняются признаться в своих страхах, постоянной тревоге, полагая это проявлением человеческой слабости.

В итоге формируются "немые" или "молчаливые» патологические реакции, остающиеся за фасадом соматических жалоб.

Для психологической диагностики отношения к болезни используется широкий набор экспериментально-психологических и социально-психологических методик. К ним относятся набор патопсихологических методик, методика семантического дифференциала, тест Кэттелла и т.д. Из личностных опросников наиболее широкое применение нашел стандартизированный многофазный опросник личности (ММРІ). Но этот тест трудоемок, что приводит к быстрому утомлению больных, особенно, соматически тяжёлых и более старшего возраста. В связи с этим в кардиологической клинике в последние годы широко применяется сокращенный вариант ММРІ - Mini-Mult, адаптированный в нашей стране - сокращенный многопрофильный опросник личности (СМОЛ) [2]. Следует отметить, что тест СМОЛ, сохраняя такие преимущества теста ММРІ, как объективная характеристика основных личностных черт, диагностика актуального психологического состояния и его динамики, а также контроль эффективности терапии отличается большей простотой и экономичностью по времени.

В структуре отношений особенно важной является самооценка. Именно отношение к себе, являясь одним из компонентов самосознания, завершает становление структуры характера, системы отношений личности и обеспечивает её целостность. Поэтому в батарею используемых психологических тестов для изучения типов отношения к болезни целесообразно включать и самооценочные тесты для выявления различия в самооценке больного и объективной характеристике психологического состояния больного врачом [1, 7]. К ним относится шкала самооценки Дембо-Рубинштейн [6], позволяющая выявить отношение больного к своему здоровью, а также влияние болезни на такие понятия как «ум», «характер», «счастье». Достоинством этого теста является возможность наблюдать динамику переоценки больным жизненных ценностей в условиях заболевания, проведения адекватной тактики психологической реабилитации.

Применяемые в соматической клинике вышеописанные экспериментально-психологические методики, заимствованные из общей, социальной и медицинской психологии, специально не ориентированные на изучение отношений к болезни, конечно, дают информацию о психологических механизмах формирования, поведенческих проявлениях, эмоциональном или других аспектах личностных реакций больных, но не решают специальную

задачу диагностики типов отношения к болезни и особенностей социальной дезадаптации в связи с заболеванием. На наш взгляд тестовая методика - тип отношения к болезни (ТОБ), разработанная в лаборатории клинической психологии института психоневрологии имени В.М.Бехтерева [Санкт-Петербург] является наиболее информативной для изучения вариантов личностного реагирования на болезнь у больных хроническими соматическими заболеваниями. Результаты сопоставления данных ТОБ с другими методиками исследования показывают, что опросник ТОБ, имеющий прицельную направленность на отдельный фрагмент системы отношений личности, а именно на подсистему отношений, связанную с заболеванием, обеспечивает большую чувствительность к конкретным личностным реакциям на болезнь, по сравнению с другими методиками.

На этапе стационарного лечения для начала психологической реабилитации важно оценить как настоящее психологическое состояние, так и выявить преморбидные особенности личности, семейные обстоятельства и отношения на работе - социальные обстоятельства. Наш опыт работы показывает, что психодиагностические методики для полного клинико-психологического обследования больного ССЗ все же являются очень трудоемкими, особенно в стадии обострения болезни, что обуславливает разработку и модификацию более упрощенных вариантов методик. Актуальным на сегодняшний день в наших условиях остаётся проблема стандартизации существующих психодиагностических методик.

Как показывает опыт работы и проводимые исследования в кардиологической клинике адекватная реализация комплексных психодиагностических методов, направленных на изучение психологического статуса больных, способствует совершенствованию социально-психологической адаптации, а также сохранению и укреплению психического здоровья больных с ССЗ.

Литература

1. Агеенкова Е.К. Структуры личности и психосоматических соотношений у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. //автореф. дис. к.п.н. Л. 1986. 18 с.
2. Зайцев В.П. Вариант теста Мини-мульти. //Психологический журнал. 1981.-т.2. стр 118-123.
3. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М. 1983. 308 с.
4. Курбанов Р.Д., Ходжаев А.И., Салимова Н.Р. Диагностика и лечение

невротических расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Т. 2001. – 48 с.

5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. 1988 г.
6. Райгородский Б.Д. Психологическая диагностика. М. 1998.
7. Салимова Н.Р. Кардио-церебральные расстройства у больных острым инфарктом миокарда и их динамика при применении антиангинальных препаратов. //автореф. дис. к.м.н. Т. 1991. – 20 с.

К особенностям графической деятельности в рисуночных пробах у подростков, больных шизофренией

Коваль-Зайцев А.А., Копнина О.Н.

Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

Проблема оценки графической деятельности подростков с эндогенными психическими расстройствами (прежде всего больных шизофренией) всегда привлекала внимание специалистов разного профиля (педиатров, неврологов, психиатров, психологов). Акцент на своеобразии графической деятельности, диссоциации моторики и интеллекта у подростков с эндогенной психической патологией делали и психиатры, и психологи (Г.Е.Сухарева, Т.П.Симсон, М.Ш.Вроно, В.В.Ковалев, В.М.Башина, И.А.Козлова, В.В.Лебединский, Т.К.Мелешко и др.). При этом предыдущие патопсихологические исследования графической деятельности больных фокусировались в основном на проективном анализе рисунков (А.Л. Венгер, 2005; К. Маховер 2000; С.А. Болдырева, 1974); анализу графической составляющей посвящены всего несколько исследований (А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, 2009, 2010).

Качественный анализ и количественная оценка графической деятельности у подростков, больных шизофренией могут служить опорой для разработки своевременных диагностических методов для данного заболевания, а также оценки эффективности лечения, прогноза, наблюдения динамики течения болезни, организации подходящей психологической коррекции и обучения. Исследования графической деятельности могут внести существенный вклад в получение более полного представления о болезни в целом, и в частности помочь в квалификации особенностей нарушений развития у детей и подростков, больных шизофренией.

Цель исследования: оценка различий в графической деятельности подростков, больных шизофренией в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза, ведущего синдрома и возраста больного.