

ХРОНИКА

альные и эмоционально-волевые процессы. Обширный стимульный и методический материал (17 комплектов карточек, 5 альбомов) полностью обеспечивает практическую работу по проведению обследования.

Личностный профиль по Айзенку (сокращенный вариант) – EPP-S

Последний вариант (1996) всемирно известного теста Айзенка. Личностный профиль взрослых людей строится по трем базовым типологическим свойствам: Психотизм, Экстраверсия и Нейротизм, каждое из которых описывается

тремя шкалами. Кроме того, включена 10-я шкала – Ложь. Опросник состоит из 200 вопросов, по 20 на каждую шкалу. Приводятся психометрические данные британской и российской стандартизаций.

Все тесты комплектуются руководством, полным набором стимульного материала, ключами и бланками ответов.

Для справок и заказов:
тел/факс: 282-7238; тел. 282-0100;
E-mail: vbelop@psychol.ras.ru
129366 Москва, Ярославская, 13, к. 409. "КОГИТО-ЦЕНТР"

ХРОНИКА

ОПЫТ АВТОМАТИЗАЦИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ КОМПЬЮТЕРНОЙ ОБРАБОТКИ И АНАЛИЗА ДАННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ

В настоящее время остро возникла потребность как в индивидуальных, так и групповых компьютерных психо-диагностических исследованиях.

Применение психоdiagностических тестов позволяет получить объективную оценку личности. Безусловно, психологические тесты не единственный способ изучения психического состояния, но они дают дополнительную информацию при решении вопросов диагностики, разработки коррекционных мероприятий и реабилитации. В то же время, обработка результатов при традиционных формах обследования занимает много времени, что особенно ощущимо при обследованиях больших групп, когда работу надо проделать быстро.

В Институте медицинской техники уже более 20-и лет работа лаборатории автоматизации психоdiagностических обследований направлена на то, чтобы облегчить специалистам процесс сбора и обработки информации, получаемой с помощью психоdiagностических тестов.

Активно используются следующие программные средства:

- Методика диагностики психического развития детей разных возрастов (ГНОМ).
- Психологическое обследование детей первых семи лет жизни с нарушениями психоневрологического развития.
- Матрицы Raven.
- Методика "Корректурная проба".
- Анкета школьной мотивации.
- Адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттелла.
- Шкала Ч. Спилбергера.
- Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО).
- Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ).

– Стандартизованный метод исследования личности (СМИЛ).

- Тест структуры интеллекта Р. Амтхаузера.
- Дифференциально-диагностический опросник Е.А. Климова.
- Тест пространственного мышления (ТПМ).
- Уровень соотношения "Ценности" и "Доступность" в различных жизненных сферах.
- 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла, форма А.
- Тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН).

Только компьютеризация психоdiagностических методик позволяет получить результаты статистической обработки, графические материалы, обеспечить наличие formalизованной базы данных. Компьютерная интерпретация результатов исследований, созданная совместно с авторами методик, дает максимум информации с высокой степенью надежности.

Для выполнения этой задачи были привлечены многие ведущие организации и специалисты в области психоdiagностики Министерства здравоохранения и Министерства образования России.

Программные средства просты в эксплуатации и предназначены для врачей-психотерапевтов, психиатров, медицинских и школьных психологов, социальных работников и других специалистов, не имеющих специальной подготовки по вычислительной технике.

Адрес лаборатории: Москва, ул. Касаткина, д. 3. Справки по телефону (095) 283-97-82.

H.B. Шикунова,
ВНИИ медицинской техники, МЗ РФ, Москва

НАМ
ПИШУТ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В настоящее время все более необходимыми становятся психологические и психотерапевтические методы в ходе диагностики и лечения соматических заболеваний. По результатам многих научных и практических исследований известна роль эмоционального стресса в формировании психофизиологических реакций организма, приводящих к возникновению психосоматических заболеваний: ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, бронхиальной астмы, язвенной болезни и ряда других. При этом ведущими психологическими стрессорами, способствующими их возникновению, обычно назывались личностные (значимые для конкретного субъекта), семейно-личностные (проблемы взаимоотношений с близкими или потеря их) и производственные (стабильность статуса и взаимоотношений на работе).

В последние годы усиливающаяся социально-политическая и экономическая нестабильность стала комплексным, постоянно действующим стрессором для населения всей нашей страны. Ведущее место в спектре психотравмирующих ситуаций заняли материальное и семейное неблагополучие, чаще взаимосвязанные между собой. Вынужденное изменение стереотипа жизни и социального статуса (потеря работы, ухудшение материального уровня жизни), вызывающие падение престижа и негативное отношение со стороны значимых лиц, способствует снижению самооценки личности.

В условиях тотального негативного воздействия отдельные члены общества инстинктивно выбирают наиболее социально-приемлемый способ защиты – соматизацию, “ход в болезнь”. Действительно, заболеть “более естественно”, чем признать (перед собой и другими) свою некомпетентность и социальную несостоятельность. Кроме того, болезнь – наиболее безопасная форма запроса о помощи – знакома с детства, когда ребенок, заболевая, привлекает к себе внимание “занятых” родителей.

Так, например, для мужчины, отца и мужа, при длительной потере работы или недостаточности зарплаты для содержания семьи, болезнь становится единственным оправданием перед собой и окружающими, способом выживания его личности. Для неработающей же много лет жены болезнь – это возможность сохранить свой статус домохозяйки, когда муж перестает зарабатывать и материальное благополучие семьи ухудшается.

Опыт работы Службы социально-психологической помощи (ССПП), созданной в Городской клинической больнице № 20 (г. Москва), подтверждает данные ряда исследований: эмоциональный стресс, вызванный воздействием на личность ухудшения и нестабильности социальных условий жизни, характеризуется растущим числом и многообразием физиологических изменений и симптомов.

Наиболее частыми поводами обращения к психологу пациентов в период их нахождения в соматических отделениях (самостоятельно или через их лечащих врачей) являются: 1) несоответствие жалоб объективным данным соматического состояния пациента; 2) необычные и не свойственные соматическим состояниям болезненные ощущения; 3) наличие симптомов психопатологии (расстройства сна, повышенная тревожность, депрессивное состояние и др.); 4) жалобы на нарушенные отношения и конфликты в семье; 5) беспокойство пациента по поводу своего социального статуса (особенно при первичном установлении диагноза и(или) присвоении или снятии группы инвалидности).

В настоящее время последние два фактора (социальное и семейное неблагополучие) все чаще выявляются в ходе психокоррекционной работы как наиболее значимые и травмирующие для пациентов.

В любом обществе существует социальная иерархия, т.е. распределение материальных и других ресурсов не является равным. При этом каждый индивид имеет свой социально-экономический статус, определяемый соответствием между профессиональным статусом, образованием, доходами, а также уровнем социального обеспечения, бытовыми и жилищными условиями. В условиях социально-экономического кризиса образование, профессия и доходы оказываются вовсе не связанными между собой или эти связи искажаются. Появляются люди, которые в стабильных экономических условиях могли бы успешно работать по специальности, полученной в результате образования, а в условиях радикальных реформ и ухудшения экономической ситуации оказались в числе “лишних”. Усугубляет их состояние и нарушение структуры социальных связей. Возникает дефицит общения и даже социальная изоляция и одиночество, возрастает число стрессоров в ближайшем окружении при одновременном отсутствии социальной поддержки для их разрешения или блокировке их отрицательных последствий. Другими словами, потеря работы или значительное снижение доходов ведет не только к утрате социального статуса сегодня, но и к потере мотивации к активности в дальнейшем, так как отсутствуют коллективные цели, негативно изменяются взаимоотношения в семье и вне ее. Одиночество, тоска, ощущение бесполезности прожитых лет при бесперспективности предстоящей жизни – вот те причины стресса, которые приводят к резкому ухудшению психического и физического состояния личности.

В случае, когда соматизация становится ведущим способом сохранения социального статуса и самооценки личности, полное физическое излечение невозможно. Преимущественно именно в этих случаях появляются множественные жалобы и боли, не соответствующие соматическому диагнозу и объективным данным клинического обследования и состояния пациента. В таких случаях работа психолога по поиску ресурсов личности и позитивных сторон жизни пациента становится особенно значимой и необходимой.

Проводимая психодиагностическая и психотерапевтическая работа позволяет сделать предположение, что любое соматическое заболевание имеет причиной возникновения действие не только физических, но и психологических стрессоров. Это предположение, с одной стороны, ставит под вопрос целесообразность выделения ряда соматических заболеваний в особый класс “психосоматических”. С другой стороны, оно выдвигает психотерапию как основной метод, на один уровень с медикаментозной терапией при лечении любых “заболеваний тела”.

Обострение хронических заболеваний (эндокринных, сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, костно-мышечных), обусловленное социально-психологическими причинами, как показывает опыт работы ССПП ГКБ № 20, часто вообще не удается компенсировать до тех пор, пока пациент не начнет получать психотерапевтическое лечение. При этом особое значение приобретает психоdiagностическое обследование для выбора методик работы с конкретным пациентом в виде разнообразия их диагнозов, возрастных групп (от

17 до 86 лет), психического состояния, личностных особенностей и первичных запросов при обращении к психологу.

Ощущение пациентами своей социальной несостоительности создает все в большем числе случаев депрессивную симптоматику, накладывающуюся дополнительным фоном на соматическую. Тогда возникает необходимость комбинирования психотерапевтических и психофармакологических методов воздействия. Тем более, что за период с июля 1998 по июль 1999 г. из общего числа пациентов ССПП 52% составили лица старше 60 лет, т.е. в возрасте, когда имеются необратимые изменения не только физиологических, но и психических функций. У таких больных повышенная тревожность, вызванная социальной изоляцией, подчас проявляется маскированной (соматизированной) депрессией. Медикаментозная терапия при этом представляет собой маневрирование между клиническими показаниями и стремлением избежать вероятных побочных действий и осложнений. Психокоррекционная же работа направляется в основном на оказание психологической поддержки, а также на повышение самооценки пациентов путем подчеркивания ценности их жизненного опыта, позитивного переосмысливания характера взаимоотношений со значимым окружением, близкими и родными.

Все большую значимость приобретает работа психолога с семейными проблемами, причем как в индивидуальной терапии, так и с членами семьи пациента, а также семьей в целом. При этом важно не только разрешение семейных конфликтов, приведших к возникновению или обострению заболевания, но и изменение привычных паттернов поведения в семье, особенно в период постгоспитальной реабилитации пациента. Ведь если для человека болезнь является формой приспособления к среде, защитой от психотравмирующей ситуации, то для всей семьи в целом, как единой системы, это способ выражения неблагополучия во взаимоотношениях. Больной при этом является носителем симптома нарушений в семейной системе. И если в структуре отношений болезнь становится не нужна, ее симптомы теряют остроту проявления и часто вообще уходят. Именно на включенность болезни в семейную систему обращает внимание психолог при работе с соматическими пациентами, чтобы затем в ходе психокоррекционной работы провести переструктурирование семейных отношений, максимально исключив из них болезнь.

Такое комплексное лечение соматических заболеваний, включающее психодиагностическое, психотерапевтическое и фармакологическое, возможно лишь при постоянном акте

врачей, психотерапевтов и психологов. Опыт работы ССПП ГКБ № 20 показывает его продуктивность и подтверждает необходимость введения медицинских психологов в штат клинических больниц.

Работа психолога при этом отличается разнообразием методов в зависимости от состояния пациента, вида его заболевания и психологического статуса на момент первой встречи, а также от срока пребывания в стационаре. Это может быть единственная или несколько консультативных встреч, а может быть курс психотерапии. При этом возможно применение методов работы с симптомом (релаксация, гештальт-терапия), или коррекции эмоционального состояния (позитивная, когнитивная терапия), или пересмотр межличностных отношений (семейная, групповая терапия), или осознание неадекватного реагирования (краткосрочная психодинамическая терапия).

Важнейшим аспектом деятельности психолога при работе с соматическими больными остается психодиагностика. Она является основой выбора методов коррекционной работы как для психотерапевтов, так и для врачей, рекомендации для которых готовят психолог-диагност. Большое значение приобретает патопсиходиагностика для выявления больных с психическими нарушениями, а также степени их адекватности и доступности для психотерапии.

Работа психолога в соматической клинике – дело новое, готовых рекомендаций практически нет, поэтому открывается необозримое поле для научно-исследовательской деятельности, направленной на изучение характерологических особенностей личности больных различных нозологий, на выявление психологических причин конкретных заболеваний, создание и опробование наиболее перспективных методов работы с соматическими пациентами как в условиях клиники и в период реабилитации после выписки из больницы, так и при внеклиническом психологическом консультировании.

Е.Д. Соколова,
доктор мед. наук, профессор кафедры
нелекарственных методов воздействия
клинической физиологии

Н.М. Манухина,
психолог Службы социально-психологической помощи
ГКБ № 20

ПОПРАВКА

В № 5, 1999 г., с. 77, табл. 1, колонка 1 следует читать:

- верхняя строка – полихроматический;
- нижняя строка – монохроматический.

Сдано в набор 13.10.99 г.

Офсетная печать

Усл. печ. л. 18.0

Подписано к печати 8.12.99 г.

Усл. кр.-отт. 38.9 тыс.

Тираж 2101 экз.

Формат бумаги 60 × 88^{1/8}

Уч.-изд. л. 18.6

Бум. л. 9.0

Зак. 3219

Свидетельство о регистрации № 0110161 от 4.02.93 в Министерстве печати и информации Российской Федерации
Учредители: Российская академия наук, Институт психологии РАН

Адрес издателя: 117864, Москва, Профсоюзная ул., 90

Отпечатано в ППП "Типография "Наука", 121099, Москва, Шубинский пер., 6

