

Использование психодиагностических методов при психокоррекционной работе с больными рассеянным склерозом

Субботин А.В.¹, Семёнов В.А.¹, Гетманенко И.М.², Короткевич Н.А.³,
Арефьева Е.Г.²

The use of psychodiagnostic methods in the process of psychocorrection cures of a patient with the disseminated sclerosis

Subbotin A.V., Semyonov V.A., Getmanenko I.M., Korotkevitch N.A.,
Arefiyeva Ye.G.

¹ Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

² Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово

³ Департамент охраны здоровья населения администрации Кемеровской области, г. Кемерово

© Субботин А.В., Семёнов В.А., Гетманенко И.М. и др.

Психодиагностика предоставляет различные методы для проведения оценки психических процессов, свойств и состояний психики. В неврологической практике особое значение имеет определение актуального эмоционального состояния и наличия расстройств тревожного и депрессивного характера у пациентов. Это особенно важно, если учесть возможность проведения коррекции возникающих психоэмоциональных нарушений при рассеянном склерозе.

Цель исследования – подобрать методики для диагностики эмоциональной сферы человека. Задача состоит в том, чтобы определить наиболее эффективные методики, способные регистрировать изменения в состоянии пациентов после проведенной психокоррекционной работы.

Экспериментальное исследование показало, что высокая тревожность, связанная с периодом адаптации к диагнозу рассеянного склероза, поддается хорошей коррекции, что способствует нормализации эмоциональной оценки при восприятии человеком жизненных событий. Данные результаты подтверждает госпитальная шкала HADS, демонстрирующая значимые изменения в показателях. Подобные исследования могут быть полезны для организации психологической службы при неврологическом отделении.

Ключевые слова: психодиагностика, психокоррекционная работа, актуальное эмоциональное состояние, рассеянный склероз.

Psychodiagnostics has various evaluation methods of psychic processes, characteristics and mental conditions. It is important to define the actual emotional condition and learn whether a patient has the depressed disorder. This is especially important if to take into consideration the possibility of the psychoemotional disorders correction works. The aim of the given research is to select the methods to diagnose a man's emotional sphere. The chief task of the research is to reveal the most efficient methods to define the changes in a patient's condition after the psychocorrection work took place. As a result of the experiment we have found out that an anxiety, connected with the adaptation period to the diagnosis of disseminated sclerosis, can be easily cured. And this fact contributes to standardization of emotional estimation while perceiving a man his or her life. These results are confirmed by the hospital scale HADS that we have chosen to demonstrate the real indices changes. The present researches can be useful in a psychological assist at neurological department.

Key words: psychodiagnostics, psychocorrectional work, actual emotional condition, anxiety, disseminated sclerosis.

УДК 616.832-004.2:615.851.13

Введение

Психодиагностика как наука имеет важнейшее прикладное значение. В неврологической

практике врачи нередко сталкиваются с необходимостью дать оценку психическим проявлениям пациента в количественном или качественном измерении, поскольку это позволяет сравнивать получаемые данные, делать выводы. Разумеется, не всегда пациент нуждается в психологической помощи и психодиагностической процедуре. Однако заполнение коротких шкальных или тестовых анкет на момент госпитализации позволило бы выявить пациентов группы риска и определить, на кого из больных психологу необходимо обратить особое внимание. Тесты, опросники, шкалы и анкеты могут иметь разную чувствительность к внешним помехам. Почти все методики чувствительны к физическому состоянию пациента. Даже легкий болевой синдром может значительно снизить надежность ответов [1, 3, 4].

Цель настоящего исследования – выявление методик, которые наиболее чувствительны к изменениям в эмоциональной сфере, происходящим вследствие проведения психокоррекционной работы с пациентами, страдающими рассеянным склерозом.

Материал и методы

Для оценки изменений были выбраны методики, измеряющие определенные стороны эмоциональной сферы личности, ее актуального психологического состояния. Пациенты с давно поставленным диагнозом, как правило, не испытывают негативных переживаний, связанных с существующим заболеванием. Больные с недавно выявленным рассеянным склерозом (РС) переживают сложный период адаптации к диагнозу [6]. На этом этапе можно наблюдать чувство острого страха за свое будущее, резкое повышение тревожности, нарастание чувства безысходности. Сама семантика диагноза пугает пациентов [6]. Обращает на себя внимание, что при просьбе описать свой страх, связанный с имеющимся диагнозом, все больные называют потерю возможности в будущем самостоятельно передвигаться, а на втором месте стоит боязнь слабоумия.

В обследовании принял участие 21 человек, страдающий РС и испытывающий тревожные

переживания, связанные с совместимостью имеющегося заболевания и привычного образа жизни. Средний возраст участников исследования 29 лет.

Процедура психологического тестирования проводилась всегда в первой половине дня при условии отсутствия помех со стороны третьих лиц. В качестве тестового материала использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS и модифицированную шкалу САН (самочувствие, активность, настроение) [3]. HADS призвана выявить признаки высокой тревожности и депрессии или субдепрессии. Результаты, полученные по этой шкале, имеют численное выражение, которое соответствует трем состояниям: норма, средняя степень выраженности изучаемого признака и высокая степень. Опросник САН является методом самооценки состояний психической активации, интереса, эмоционального тонуса и комфортности. Весь диапазон числовых показателей результатов делится на три категории: высокая степень выраженности признака, средняя и низкая. Это позволяет сравнивать между собой две выбранные методики.

Результаты и обсуждение

В результате психодиагностического исследования выявлены некоторые закономерности (табл. 1). Как видно из табл. 1, особый интерес представляют показатели тревоги шкалы HADS, поскольку можно наблюдать, что почти во всех случаях имеется повышенный уровень тревоги, перекрывающий ее нормальные пределы. Установлено, что тревога связана с переживанием по поводу осознания и принятия диагноза. Если оставить такого пациента без внимания, усиливается риск развития депрессии. Поэтому большинство депрессивных расстройств у больных РС относятся к категории нозогенных депрессий [6]. В таких случаях психолог способен повлиять на процесс, облегчить пациенту задачу осознания и принятия факта болезни, избавив его от чувства беспомощности и вины.

Коррекция психической сферы проводится в форме консультации согласно традиционному для отечественной психологии направлению.

Благодаря тому, что пациент находится в условиях стационара, имеется возможность проводить работу с пациентом по удобному для него графику и с необходимой частотой. Частота консультаций варьировала от 3 до 4.

Полученные по шкале САН данные показывают, что, как правило, пациенты испытывают высокую напряженность, имеется низкая психическая активация, снижены показатели комфортности и интереса.

После завершения психокоррекционной работы с пациентами проводилась повторная диагностика выбранными методиками. Как видно из табл. 2, только у 7 пациентов из 21 наблюдалась по-прежнему повышенная степень

проявления тревожности, у 13 испытуемых она снизилась до нормального уровня. По методике САН можно проследить тенденцию выравнивая оценок степеней проявления качеств до среднего уровня.

Для доказательства, что позитивный эффект психокоррекционной работы с пациентами, страдающими РС, способны отразить психодиагностические методики, воспользовались многофункциональным параметрическим критерием Фишера. Для этого рассмотрены все случаи, когда определялся уровень тревожности, превышающий норму. Таких случаев в настоящем эксперименте 20 на начало исследования и 7 на заключительном этапе.

Таблица 1

Результаты первичного психодиагностического обследования пациентов с рассеянным склерозом на начальном этапе психокоррекционной работы, степень выраженности признака

№ п/п	Код пациента	HADS		САН				
		Тревога	Депрессия	ПА	И	ЭТ	Н	К
1	С.Е.	Высокая	Норма	Низкая	Высокая	Высокая	Высокая	Средняя
2	П.В.	Высокая	Средняя	Низкая	Средняя	Низкая	Высокая	Средняя
3	К.Н.	Средняя	Норма	Средняя	Средняя	Средняя	Низкая	Средняя
4	К.К.	Высокая	Норма	Средняя	Низкая	Средняя	Высокая	Низкая
5	С.Т.	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя	Низкая	Высокая	Средняя
6	О.Р.	Средняя	Норма	Средняя	Высокая	Высокая	Средняя	Средняя
7	П.Т.	Средняя	Норма	Низкая	Средняя	Низкая	Средняя	Низкая
8	В.Н.	Высокая	Норма	Низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Средняя
9	М.И.	Норма	Средняя	Средняя	Средняя	Средняя	Средняя	Низкая
10	Р.О.	Средняя	Норма	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя	Низкая
11	Л.И.	Высокая	Норма	Низкая	Средняя	Низкая	Высокая	Средняя
12	Р.А.	Средняя	Норма	Низкая	Низкая	Средняя	Средняя	Средняя
13	К.Е.	Высокая	Норма	Низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Средняя
14	К.И.	Высокая	Норма	Средняя	Низкая	Низкая	Средняя	Низкая
15	Р.Н.	Высокая	Средняя	Низкая	Низкая	Низкая	Высокая	Средняя
16	В.Ю.	Средняя	Норма	Средняя	Средняя	Средняя	Средняя	Средняя
17	П.И.	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя	Низкая	Высокая	Низкая
18	С.О.	Высокая	Норма	Средняя	Средняя	Средняя	Высокая	Низкая
19	Т.П.	Высокая	Норма	Низкая	Низкая	Низкая	Высокая	Средняя
20	К.А.	Высокая	Норма	Низкая	Низкая	Средняя	Средняя	Низкая
21	Н.М.	Средняя	Норма	Средняя	Низкая	Средняя	Низкая	Средняя

Примечание. Здесь и в табл. 2: ПА – психическая активация; И – интерес; ЭТ – эмоциональный тонус; Н – настроение; К – комфортность.

Таблица 2

Результаты повторного психодиагностического обследования пациентов с рассеянным склерозом на конечном этапе психокоррекционной работы, степень выраженности признака

№ п/п	Код пациента	HADS		САН				
		Тревога	Депрессия	ПА	И	ЭТ	Н	К
1	С.Е.	Норма	Норма	Средняя	Высокая	Высокая	Средняя	Высокая
2	П.В.	Норма	Норма	Средняя	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя
3	К.Н.	Норма	Норма	Средняя	Высокая	Средняя	Низкая	Средняя
4	К.К.	Высокая	Средняя	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя	Средняя
5	С.Т.	Средняя	Норма	Высокая	Средняя	Средняя	Средняя	Низкая
6	О.Р.	Норма	Норма	Высокая	Высокая	Высокая	Низкая	Высокая

7	П.Т	Средняя	Норма	Средняя	Высокая	Средняя	Низкая	Высокая
8	В.Н.	Норма	Норма	Средняя	Средняя	Высокая	Средняя	Высокая
9	М.И.	Норма	Норма	Высокая	Высокая	Высокая	Средняя	Средняя
10	Р.О.	Норма	Норма	Высокая	Высокая	Высокая	Низкая	Средняя
11	Л.И.	Норма	Норма	Средняя	Средняя	Средняя	Средняя	Высокая
12	Р.А.	Норма	Норма	Средняя	Средняя	Высокая	Средняя	Высокая
13	К.Е	Средняя	Норма	Высокая	Высокая	Средняя	Средняя	Высокая
14	К.И	Норма	Норма	Средняя	Высокая	Средняя	Низкая	Средняя
15	Р.Н.	Средняя	Средняя	Низкая	Низкая	Низкая	Высокая	Средняя
16	В.Ю.	Норма	Норма	Средняя	Высокая	Высокая	Средняя	Средняя
17	П.И.	Средняя	Норма	Высокая	Высокая	Средняя	Средняя	Низкая
18	С.О.	Средняя	Норма	Средняя	Средняя	Средняя	Высокая	Низкая
19	Т.П.	Норма	Норма	Средняя	Высокая	Средняя	Средняя	Высокая
20	К.А.	Норма	Норма	Средняя	Высокая	Средняя	Низкая	Средняя
21	Н.М.	Норма	Норма	Высокая	Средняя	Высокая	Средняя	Средняя

Для оценки статистической достоверности различий результатов, полученных разными методами, использовали критерий ϕ^* углового преобразования Фишера. Применяли справочные данные по В.Ю. Урбаху [2, 5] величин углов $\phi_{1, 2}$ (в радианах) для процентных долей 95,2% (20 случаев выявленной тревожности из 21 наблюдения на начало эксперимента) и 33,3% (7 случаев выявленной тревожности на конец эксперимента). Значение ϕ^* , рассчитанное по формуле

$$\phi^* = (\phi_1 - \phi_2) \sqrt{\frac{n_1 n_2}{n_1 + n_2}}, \quad (1)$$

составляет 4,76 (экспериментальная выборка составила $n_{1, 2} = 21$). Согласно справочным данным, критические значения критерия углового преобразования Фишера ϕ^* для уровней статистической значимости составляют 1,64 для $p \leq 0,05$ и 2,31 для $p \leq 0,01$ (по Е.В. Гублеру) [2, 5]. Таким образом, значение ϕ^* больше критического, и, соответственно, превышение доли лиц, у которых снизилась тревожность в результате проведенной психокоррекционной работы, является статистически значимым, т.е. неслучайным.

Из 21 случая экспериментального исследования обнаружено 5 случаев субдепрессивного расстройства на начальном этапе проведения психокоррекционной работы. В конце исследования установлено только 2 человека с подобным отклонением. Представленные данные не подвергались статистической обработке ввиду того, что разница между показателями на на-

чальном и конечном этапах исследования невелика.

На начало эксперимента было 10 случаев, когда уровень психической активации находился ниже нормы. На заключительном этапе выявлен 1 случай. Для оценки статистической достоверности различий результатов, полученных разными методами, использовали критерий ϕ^* углового преобразования Фишера. Применяли справочные данные по В.Ю. Урбаху [2, 5] величин углов $\phi_{1, 2}$ (в радианах) для процентных долей 47,6% (10 случаев выявленного снижения психической активации из 21 наблюдения на начало эксперимента) и 4,7% (1 случай на конец эксперимента). Значение ϕ^* , рассчитанное по формуле (1), составляет 3,51 (экспериментальная выборка составила $n_{1, 2} = 21$). Согласно справочным данным, критические значения критерия углового преобразования Фишера ϕ^* для уровней статистической значимости составляют 1,64 для $p \leq 0,05$ и 2,31 для $p \leq 0,01$ (по Е.В. Гублеру) [2, 5]. Таким образом, значение ϕ^* больше критического, и, соответственно, превышение доли лиц, у которых нормализовались показатели по уровню психической активации в результате проведенной психокоррекционной работы, является статистически значимым.

Степень снижения интереса, превышающая норму, установлена у 9 человек из 21 на начало исследования и у 1 человека на конец эксперимента. Для оценки статистической достоверности различий результатов, полученных разными методами, использовали критерий ϕ^* углового преобразования Фишера. Применяли справоч-

ные данные по В.Ю. Урбаху [2, 5] величин углов $\varphi_{1,2}$ (в радианах) для процентных долей 38,1% (9 случаев выявленной тревожности из 21 наблюдения на начало эксперимента) и 4,7% (1 случай низкого проявления интереса на конец эксперимента). Значение φ^* , рассчитанное по формуле (1), составляет 3,2 (экспериментальная выборка составила $n_{1,2} = 21$). Согласно справочным данным, критические значения критерия углового преобразования Фишера φ^* для уровней статистической значимости составляет 1,64 для $p \leq 0,05$ и 2,31 для $p \leq 0,01$ (по Е.В. Гублеру) [2, 5]. Таким образом, значение φ^* больше критического, и, соответственно, превышение доли лиц, у которых повысилась эмоциональная характеристика интереса, в результате проведенной психокоррекционной работы, является статистически значимым.

Низкий уровень эмоционального тонуса определен у 8 из 21 участника на начальном этапе эксперимента и у 1 человека на конечном этапе эксперимента. Использовали справочные данные по В.Ю. Урбаху [2, 5] величин углов $\varphi_{1,2}$ (в радианах) для процентных долей 38,1% (8 случаев выявленной низкой психической активации из 21 наблюдения на начало эксперимента) и 4,7% (1 случай выявленной низкой психической активации на конец эксперимента). Значение φ^* , рассчитанное по формуле (1), составляет 2,85 (экспериментальная выборка составила $n_{1,2} = 21$). Согласно справочным данным, критические значения критерия углового преобразования Фишера φ^* для уровней статистической значимости составляет 1,64 для $p \leq 0,05$ и 2,31 для $p \leq 0,01$ (по Е.В. Гублеру) [2, 5]. Таким образом, значение φ^* больше критического, и, соответственно, превышение доли лиц, у которых низкие показатели психической активации поднялись до нормального уровня в результате проведенной психокоррекционной работы, является статистически значимым.

Высокий уровень напряженности был установлен у 11 пациентов на начало эксперимента и у 2 человек на конечном этапе. Использовали справочные данные по В.Ю. Урбаху [2, 5] величин углов $\varphi_{1,2}$ (в радианах) для процентных долей 52,3% (11 случаев выявленных высоких по-

казателей напряжения из 21 наблюдения на начало эксперимента) и 9,4% (2 случая повышенного уровня напряжения на конец эксперимента). Значение φ^* , рассчитанное по формуле (1), составляет 3,22 (экспериментальная выборка составила $n_{1,2} = 21$). Согласно справочным данным, критические значения критерия углового преобразования Фишера φ^* для уровней статистической значимости составляет 1,64 для $p \leq 0,05$ и 2,31 для $p \leq 0,01$ (по Е.В. Гублеру) [2, 5]. Таким образом, значение φ^* больше критического, и, соответственно, превышение доли лиц, у которых снизилось напряжение в результате проведенной психокоррекционной работы, является статистически значимым.

Низкий уровень комфортности наблюдался у 8 человек из 21 участника на начало эксперимента и у 3 – на его завершающем этапе. Использовали справочные данные по В.Ю. Урбаху [2, 5] величин углов $\varphi_{1,2}$ (в радианах) для процентных долей 38,1% (8 случаев выявленной низкой комфортности из 21 наблюдения на начало эксперимента) и 14,2% (3 случая выявленной пониженной комфортности у пациентов на конец эксперимента). Значение φ^* , рассчитанное по формуле (1), составляет 1,80 (экспериментальная выборка составила $n_{1,2} = 21$). Согласно справочным данным, критические значения критерия углового преобразования Фишера φ^* для уровней статистической значимости составляет 1,64 для $p \leq 0,05$ и 2,31 для $p \leq 0,01$ (по Е.В. Гублеру) [2, 5]. Таким образом, значение φ^* больше критического при $p \leq 0,05$, можно с вероятностью в 60% говорить о том, что уровень комфортности повысился в результате психокоррекционной работы. Показатель комфортности напрямую зависит от обстановки, в которой находится пациент. Стационар способствует понижению данной характеристики эмоциональной сферы, но, как видно из результатов исследования, может корректироваться.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что психокоррекционная работа с пациентами в периоде адаптации к диагнозу рассеян-

Субботин А.В., Семёнов В.А., Гетманенко И.М. и др.

ного склероза находит отражение в психодиагностических измерениях. Госпитальная шкала HADS и методика САН отражают эти изменения и показывают их статистическую значимость.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что работа психолога является эффективной в условиях стационара и поддается измерению и оценке, которые выражаются в статистически значимых изменениях эмоциональных показателей у пациентов, получивших психологическую помощь. Данное исследование может представлять интерес при организации психологической службы в неврологических клиниках.

Литература

Сведения об авторах

Субботин А.В. – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Кемеровской государственной медицинской академии (г. Кемерово).

Семёнов В.А. – д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Кемеровской государственной медицинской академии (г. Кемерово).

Гетманенко И.М. – психолог, неврологическое отделение ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово).

Короткевич Н.А. – ведущий невролог департамента охраны здоровья населения администрации Кемеровской области (г. Кемерово).

Арефьева Е.Г. – зав. неврологическим отделением ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово).

Для корреспонденции

Субботин А.В., тел. 8-903-909-57-68, e-mail: koknd@mail.ru

Использование психодиагностических методов...

1. *Анастаси А.* Психологическое тестирование. М.: Педагогика, 1982. Кн. 1. 320 с.
2. *Захаров В.П.* Применение математических методов в социально-психологических исследованиях: Учебное пособие. Л.: ЛГУ, 1998. 480 с.
3. *Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие / В.Д. Баллин, В.К. Гайда, В.К. Гербачевский и др.;* Под общ. ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. СПб.: Питер, 2000. 560 с. (Практикум по психологии).
4. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2000. 720 с. (Сер. Мастера психологии).
5. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. СПб.: ООО «Речь», 2002. 350 с.
6. *Смулевич А.Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство. 2003. 432 с.
7. *Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф.* Основы психиатрии. Ростов н/Д: Феникс, 1997. 444 с.

Поступила в редакцию 02.04.2009 г.