

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Задачи и методы психологического обследования

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Задачи и методы психологического обследования" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



План:

1. Задачи психологического исследования
2. Методы психодиагностики
3. Миннесотский Многофакторный Личностный Опросник
4. Список использованной литературы

Задачи психологического обследования

Задачами психодиагностики в медицинской реабилитации являются:

1. Определение личностно-типологических особенностей больного.
1. Установление типа отношения пациента к своему заболеванию и особенностей внутренней картины болезни.
2. Оценка выраженности психо-эмоционального напряжения больного.
3. Изучение эффективности медико-психологической реабилитации.
5. Определение оптимальных для личности больного или инвалида областей трудовой деятельности. Первые три задачи должны решаться при поступлении больного на восстановительное лечение в целях определения необходимости и характера психотерапевтической помощи, последние две задачи становятся наиболее актуальными на завершающем этапе медицинской реабилитации.

Определение личностно-типологических особенностей больного может оказаться полезным при выборе методов психотерапии. Так, например, для личностей демонстративного типа при решении личностных проблем более эффективными оказываются суггестивные методы, в то время как обращение к рассудку менее результативно; у таких личностей нередко доминирует потребность в сочувствии и признании их окружающими, поэтому попытки врача доказать преувеличенность страданий и опасений пациента приводят лишь к нарастанию у больного психо-эмоционального напряжения и недоверия по отношению к терапевту.

Напротив, у личностей тревожно-мнительных часто преобладает потребность в безопасности, вербальный тип мышления, склонность к анализу фактов, высокая интрапсихическая активность, что и предопределяет наибольшую результативность методов рассудочной, рациональной психотерапии в работе с ними.

Установление типа отношения пациента к своему заболеванию и особенностей внутренней картины болезни важно для проведения соответствующей психокоррекции.

Внутренняя картина болезни включает сенситивные компоненты (например, боль), эмоциональное реагирование человека на отдельные симптомы заболевания (страх, тревогу, надежду), рациональную и информационную стороны (представления о болезни и ее возможных последствиях, оценочные суждения).

Таким образом, выделяют три уровня субъективной картины болезни: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный. Сенсорный уровень включает в себя отношение больного к своим болезненным ощущениям. Это отношение, не являясь показателем тяжести заболевания, влияет на адаптацию больного в условиях болезни.

Эмоциональный уровень – это оценка больным своей болезни с точки зрения опасности и безопасности. Здесь возможна как переоценка опасности болезни, так и ее недооценка. Завышенная оценка опасности и тяжести болезни, влияющая на поведение, может быть следствием сознательной или бессознательной рентной установки (установки на получение тех или иных льгот).

В последнем случае завышенная оценка тяжести своего состояния нередко отражает патологический способ адаптации больного в условиях хронической психотравмирующей ситуации. Интеллектуальный уровень субъективной картины болезни — это решение вопросов «Болен-здоров?», «У кого и чем лечиться?» и т.п.

Термин «отношение к болезни» описывает не только внутреннюю картину болезни, но и неразрывно связанный с ней поведенческий компонент.

Вполне понятно, что эмоциональная реакция на болезнь (травму), ее восприятие, оценка и поведение человека различаются в острый период и при хронизации процесса. Наиболее частой реакцией на остро возникающее

тяжелое повреждение либо заболевание является эмоциональный дистресс, сопровождающийся тревожно-депрессивными расстройствами.

Уменьшится ли со временем выраженность этих расстройств, или нет, зависит не только от социальной поддержки, но и от присущих человеку способов психологической защиты, то есть способов идеаторного и поведенческого реагирования, позволяющих разрешить ситуацию, либо уменьшить ее значимость, либо компенсировать нарушенную потребность за счет удовлетворения каких-то иных потребностей.

Тип отношения к болезни влияет на эффективность терапии и исходы лечения; этот факт подтвержден клиническими наблюдениями и научными исследованиями.

Доказано, в частности, что установка на болезнь приводит к физиологически обусловленной трансформации обратимых функционально-соматических нарушений в необратимые органические, в то время как установка на выздоровление способствует стимуляции физиологических механизмов саногенеза, повышению поведенческой активности человека в процессе лечения и улучшению его социальной адаптации.

Установление типа отношения к заболеванию позволяет провести соответствующую психокоррекционную работу, повысив при этом эффективность реабилитационных мероприятий.

Оценка выраженности психо-эмоционального напряжения позволяет определить уровень психической адаптированности индивидуума. Значимость такой диагностики определяется в первую очередь взаимопотенцирующим действием психологических и физиологических факторов в генезе многих заболеваний внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

Выявление у больного состояния хронического эмоционального стресса и сопутствующих ему признаков тревоги и/или депрессии способствует своевременному включению в реабилитационную программу мероприятий, ведущих к нормализации эмоциональной сферы. Это позволяет

ускорить процессы адаптации как на медико-биологическом, так и на социальном уровнях.

Результаты психодиагностических исследований могут быть использованы для объективной оценки результативности реабилитационных мероприятий.

Данные психодиагностики целесообразно также использовать на завершающем этапе медицинской реабилитации при профконсультировании, в целях выбора той профессионально-трудовой деятельности, к которой может быть наилучшим образом адаптирован пациент с учетом его наиболее сильных позитивных индивидуальных особенностей.

Методы психодиагностики

Существует большое число разнообразных методов психодиагностики, охватывающих все известные психологические процессы, свойства и состояния человека. Самая общая их схема классификации следующая:

1. Методы психодиагностики на основе стандартизированного наблюдения
 1. Опросные психодиагностические методы
 2. Психодиагностические методы, включающие анализ результатов деятельности и поведенческих реакций человека
 3. Методы психодиагностики с проведением специального психодиагностического эксперимента.

Психодиагностические методики делят также на сознательные, апеллирующие к сознанию испытуемого (например, опросники), и бессознательные, направленные на неосознаваемые реакции человека (проективные методики).

Основным недостатком методик, обращенных к сознанию, является возможность умышленного искажения результатов тестирования, в то время как исследования непроизвольных реакций человека оказываются более

надежными, но менее точно отражающими те психологические свойства испытуемого, для оценки которых они предназначены.

Любые подразделения психодиагностических методик достаточно относительны, почти каждую методику можно отнести сразу к нескольким различным классификационным группам.

Практически значимую и надежную информацию о состоянии и личностных свойствах человека может дать лишь комплексное клинико-психологическое обследование с применением нескольких различных взаимодополняющих методик, выбор которых определяется психологом на основании сведений, полученных при беседе с поступившим на реабилитацию больным и изучения его истории болезни.

Таким образом, клиническое интервью, анализ личностной истории, сбор семейного и медицинского анамнеза предваряют использование специальных тестов.

Поскольку применение вербальных методик обычно вызывает у испытуемого (защитную реакцию на обследование в виде некоторого искажения ответов на вопросы, то надежность психодиагностики повышается при включении в батарею тестов наряду с вербальными также и обращенных к неосознанному уровню психики проективных методик.

Наиболее достоверными являются данные, полученные при динамическом наблюдении. Обязательным условием является осуществление психодиагностики лишь профессионалами, имеющими разрешение на такого рода деятельность.

Специалистам хорошо известны характеристики отдельных диагностических инструментов, правила исследований и анализа результатов. Представленное ниже краткое описание некоторых из наиболее часто используемых в медицинской реабилитации методик предназначено лишь для общего знакомства с ними врачей-реабилитологов.

Миннесотский Многофакторный Личностный Опросник

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) является, пожалуй, наиболее широко используемым в мире высоконадежным количественным методом оценки личностных свойств, предоставляющим возможность объективной полифакторной интерпретации данных

MMPI применим для исследования лиц с сохранным интеллектом в возрасте старше 15 лет. Методика предьявляется в виде буклета, содержащего определенное (в зависимости от варианта теста) число утверждений.

Испытуемый на отдельном бланке в ответ на каждое утверждение выбирает слово «да» или «нет», соглашаясь или не соглашаясь с правоммерностью этого утверждения относительно него самого. Утверждения носят разный характер и направлены на выявление тех или иных черт характера, взглядов, особенностей эмоциональных реакций. Большинство утверждений звучит так, что испытуемый не вполне представляет, как характеризует его ответ, что уменьшает возможность сознательного искажения результатов.

Утверждения разделены на отдельные группы, соответствующие той или иной шкале теста. В каждую группу включены только те высказывания, определенные ответы на которые характеризуют некоторое резко выраженное личностное свойство. Первоначально данные шкалы формировались на основе типичных ответов больных, у которых в клинической картине четко преобладал один из следующих синдромов: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, психастения, паранойя, шизофрения, гипомания.

Совокупность характерных для одной из указанных категории больных ответов на утверждения каждой шкалы составляет «ключ» этой шкалы. На этапе разработки (адаптации) теста проводилось обследование большой группы здоровых лиц, при этом по каждой шкале среднее число их ответов, совпадающих с «ключевыми» для данной шкалы ответами, было принято за 50 стандартных Т баллов.

Нормативный разброс данных по каждой шкале соответствует удвоенной величине среднеквадратичной ошибки в исследованной группе здоровых лиц и находится в пределах от 30 до 70 стандартных Т баллов. Отклонение от средненормативных показателей более чем на 20 Т баллов выявляет избыточную степень выраженности той или иной личностной черты. Анализ результатов исследования испытуемого основан на процедуре подсчета количества его ответов, совпадающих с «ключевыми» ответами по каждой из шкал, после чего полученный результат отмечается на специальной карте, где он одновременно переводится в стандартные Т баллы.

Линия, соединяющая точки-оценки по базисным шкалам, образует профиль методики многостороннего исследования личности. К нему примыкает маленький профиль шкал достоверности; в зависимости от их показателей профиль признается как достоверный или недостоверный, а соотношение данных показателей позволяет выявить определенные установки испытуемого, которые учитываются при интерпретации личностного профиля.

Шкалы достоверности имеют следующие названия и краткие характеристики: шкала L — шкала «лжи», отражает неискренность, при тестировании, стремление испытуемого выглядеть в более благоприятном свете за счет демонстрации строгого соблюдения социальных норм; шкала F — шкала «достоверности», отражает случайное или намеренное искажение результатов; шкала К — шкала «коррекции», отражает стремление смягчить или скрыть психопатологические явления.

Десять клинических (базисных) шкал имеют следующие названия:

1 — шкала ипохондрии (сверхконтроля); 2 — шкала депрессии (пессимистичности); 3 — шкала конверсионной истерии (эмоциональной лабильности); 4 — шкала асоциальной психопатии (импульсивности); 5 — шкала мужских и женских черт характера; 6 — шкала паранойяльности (ригидности); 7 — шкала психастении (тревожности); 8 — шкала

шизофрении (индивидуалистичное); 9 — шкала гипомании (оптимизма и активности); 0 — шкала социальной интроверсии.

Интерпретация результатов обследования основана в первую очередь на качественной оценке профиля как единого целого, при этом наибольшее значение придается не абсолютным значениям шкал, а их соотношению. Следует отметить, что отклонения профиля от средней линии (от 50 Т баллов) гораздо чаще проявляются в сторону повышения.

Для анализа важны следующие количественные критерии: показатели базисных шкал, колеблющиеся в пределах 56—66 стандартных Т баллов, выявляют ведущие характерологические тенденции индивида, в то время как более высокие показатели (67—74 Т) указывают на акцентуированные черты, которые временами могут затруднять социально-психологическую адаптацию человека.

Значения базисных шкал, превышающие величину 75 Т баллов, рассматриваются как признак отклонения состояния индивидуума от нормального.

В целом данный метод позволяет диагностировать преобладающий тип личностного реагирования и индивидуально-типологические особенности, а также уровень психической адаптированности обследуемого. Так, доминирование в личностном профиле шкал 2 и 7 свидетельствует о гипостеническом типе реагирования и преобладании тормозных черт характера; доминирование 4, 6 и 9 шкал является признаком стенического типа, преобладания личностных характеристик активности, силы, возбудимости, в то время как сочетание разнонаправленных показателей либо преобладание 1 и 3 шкал указывает на смешанный тип реагирования. Общее заключение об индивидуально-личностных особенностях испытуемого представляется сложной задачей, решаемой психологом на основании интегральной оценки профиля в целом с учетом клинико-психологических данных.

При диагностике степени психо-эмоциональной дезадаптации большое внимание уделяется высоте расположения личностного профиля; учитывается тот факт, что повышение определенных шкал профиля отражает мобилизацию соответствующих механизмов личностного реагирования, исходно направленных на адаптацию индивидуума к условиям среды путем удовлетворения ведущих потребностей.

Однако устойчивое и чрезмерное напряжение этих механизмов чаще всего сопряжено с их недостаточной эффективностью; сопутствующее повышение при этом шкалы 2, отражающей интенсивность тревожно-депрессивных расстройств, подтверждает развитие психо-эмоциональной дезадаптации. Предложены следующие критерии распознавания степени психической дезадаптации по данным MMPI :

Норма (отсутствие личностной дезадаптации) — профиль линейного характера, находится в пределах 40—60 Т баллов; могут быть один - два пика по неосновным шкалам.

Акцентуация характера или доболезненная эмоциональная напряженность (незначительная личностная дезадаптация): профиль находится в пределах 45— 75 Т баллов, имеет пограничный или пикообразный характер при наличии одногодвух пиков и нормативном разбросе остальных шкал.

Невротическая реакция или невроз, выраженная эмоциональная напряженность (значительная личностная дезадаптация): профиль находится в пределах 40—100 Т баллов, высокорасположенный, плавающий или пикообразный с тремя-четырьмя ведущими шкалами (1,2,3,7).

Поскольку результаты исследования с помощью MMPI определяются не только устойчивыми особенностями психологического статуса, но и актуальным состоянием пациента на момент обследования, интерпретация данных проводится с учетом всей имеющейся об испытуемом информации.

Проведение тестирования с помощью MMPI требует соблюдения ряда этических норм: предварительно пациенту объясняются задачи исследования,

а по его завершении обсуждаются полученные результаты; важная для человека информация представляется так, чтобы не допустить снижения его самооценки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация .-М. 2010 г. .
2. Прикладная лазерная медицина. Под ред. Х.П. Берлиена, Г.И. Мюллера.- М.: Интерэкспорт, 2007г.
3. Александровский А.А. Компьютеризованная кардиология. Саранск; "Красный Октябрь" 2008
4. Штарк М.Б., Скок А.Б. Применение электроэнцефалографического биоуправления в клинической практике. М. - 2011 г
5. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. М.,СПб.: СЛП, 2009.