

ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

О.Ю. Щелкова

Рассматриваются основные задачи психологической диагностики в психиатрической и соматической клиниках. Особое внимание уделяется новым задачам изучения качества жизни больных, адаптации личности к болезни, прогнозирования эффективности восстановительного лечения на основе психосоциальных характеристик больных. Показана связь психологической диагностики с диагностикой, осуществляемой врачом-клиницистом. Представлен алгоритм получения психодиагностической информации при работе с больными соматического профиля.

Ключевые слова: психологическая диагностика, психиатрия, дифференциальная диагностика, реабилитация, соматическая клиника, адаптация, качество жизни.

Медицинская психодиагностика является одной из основных форм деятельности психологов в клинической и профилактической медицине. Цель медико-психологической диагностики может быть определена как получение объективной информации о совокупности психологических характеристик пациентов, механизмах их формирования и предполагаемой динамике, в том числе под влиянием болезни, а также представление этой информации в систематизированном виде – в виде психологического заключения (психологического диагноза).

В настоящее время психологическая диагностика в клинике предваряет и оценивает результат активных социо-психологических мероприятий (психотерапии, психокоррекции, социально-психологического тренинга) и психофармакотерапии. Выявленные в психологическом исследовании нарушения подвергаются клиническому осмыслению и служат объектом («мишенями») терапевтических и социо-восстановительных мероприятий. Напротив, выявленные сохранные стороны личности рассматриваются как ресурсы, «опора» психокоррекции, психотерапии и реадaptации.

С этих позиций рассмотрим основные задачи медицинской психодиагностики.

Задачи психологической диагностики в психиатрической клинике. Психологическая диагностика сформировалась в недрах психиатрии именно как система деятельности медицинских психологов, направленная на выявление, квалификацию и научный анализ особенностей психической деятель-

ности и личности психически больных на основе использования собственных – психологических (клинических и экспериментальных) – методов исследования.

Основной целью психологической диагностики в классическом патопсихологическом понимании является объективизация данных клинического (врачебно-психиатрического) обследования с раскрытием закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме (Зейгарник Б.В., 1986). Традиционные задачи психологической диагностики в психиатрической клинике хорошо известны практическим психологам и подробно представлены в литературе (Рубинштейн С.Я., 1970, 2004; Мягков И.Ф., Бокков С.Н., 1999; Левченко И.Ю., 2000; Блейхер В.М. с соавт., 2002; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003). Поэтому вызывает интерес представление некоторых новых граней традиционных задач медицинской психодиагностики в психиатрии.

Психодиагностическая деятельность психолога, работающего в психиатрической клинике, направлена, главным образом, на уточнение и верификацию данных клинической диагностики, осуществляемой врачом-психиатром. В соответствии с современными этио-патогенетическими представлениями, клиническая диагностика предполагает не только установление диагноза болезни, но и раскрытие психологических механизмов ее возникновения, течения, патофизиологии. В соответствии с современной биопсихосоци-

альной парадигмой психиатрии (Нуллер Ю.Л., 1991), данные психологического исследования используются для оценки клинко-психопатологической составляющей болезни, а при оценке психологической и социальной составляющих функционального диагноза (Воловик В.М., 1985) служат основой для определения задач и методов психотерапевтической и социо-реабилитационной работы.

Таким образом, общая задача получения психологических данных для клинко-психопатологической диагностики в современной ситуации дополняется новыми задачами. Это положение можно проиллюстрировать двумя примерами получения психологических данных для дифференциальной диагностики шизофрении.

В первом случае речь идет о психологической диагностике, направленной на выявление типичных для шизофрении нарушений психической деятельности. В соответствии с представлениями С.Я. Рубинштейн (1970, 2004), в этом случае психологическое исследование нацелено на выявление, более четкое вычленение, структурный анализ тех изменений психической деятельности, которые клиническим исследованием не обнаруживаются с необходимой уверенностью и полнотой, однако могут проявиться в психологическом эксперименте, в условиях повышенной нагрузки на изучаемую функцию. Во втором примере речь идет о задаче клинического психолога, работающего в новой парадигме по выявлению психосоциальных факторов «уязвимости» и адаптационно-компенсаторных механизмов, типичных для больных шизофренией.

При психологическом исследовании больных шизофренией обнаруживаются своеобразные диагностически значимые изменения мышления, перцептивной деятельности и аффективно-личностных свойств. Проявления психической патологии при этом носят суммарный характер и не могут быть отнесены к одной из сфер психической деятельности (Блейхер В.М. с соавт., 2002). Тем не менее, традиционное экспериментально-психологическое исследование в этом случае нацелено на выявление комплекса нарушений познавательной деятельности: искажение процесса обобщения, специфические нарушения целенаправленности и динамики мышления, изменения мотивационного компонента мыслительной деятельности. В то же время, еще Б.В. Зейгарник (1986) писала о том, что тонкие изменения личности при

шизофрении часто являются единственным ранним критерием при ее дифференциальной диагностике и предвещают появление характерных изменений в познавательной сфере.

Нарушения эмоциональности считаются одним из важнейших проявлений сущности шизофренического процесса. Поэтому психодиагностика тонких нарушений психической деятельности, типичных для начальных проявлений и вялого течения шизофрении, должна быть адресована именно к этой сфере психики. Отмечается не только снижение, угасание эмоциональности; но и своеобразное ее искажение (напоминающее феноменологическую картину снижения эмоциональности), однако, глубинные проявления эмоций при этом остаются сохраненными (Боков С.Н., 1994).

В.М. Блейхер (2002) выдвинул гипотезу о том, что в общем клинко-психологическом плане эмоции и мышление больных шизофренией можно охарактеризовать как результат снижения уровня мотивации вследствие работы единого амотивационного механизма. По мнению С.Н. Бокова (1994), выявление подобного рода амотивационных механизмов позволяет использовать их в качестве признака дифференциальной диагностики шизофрении, протекающей с невротоподобной симптоматикой, и невроза. Определенным подтверждением этого вывода являются исследования М.В. Зотова (1998), в которых нарушение способности к произвольной регуляции умственной деятельности и поддержанию волевого усилия в процессе реализации когнитивных функций рассматривается как центральное нарушение познавательной деятельности больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта. Таким образом, психологическая диагностика, связанная с задачами дифференциальной диагностики шизофрении, сохраняет свою традиционную направленность на изучение мыслительной деятельности больных, однако акцент смещается с операциональных характеристик мышления на эмоционально-мотивационные, которые рассматриваются как базисные и облигатные.

В последние годы задачи психологических исследований в диагностике шизофрении изменяются в связи с изменением представлений об этио-патогенетических механизмах этого заболевания. Традиционный конституционально-биологический подход, принятый в отечественной психиатрии, до-

полняется психоаналитическим (психодинамическим) подходом к оценке факторов этиопатогенеза этого заболевания (Амон Г., 1996; Вид В.Д., 2001). Психодинамический подход опирается на признание ведущей роли особенностей внутрисемейных отношений в развитии шизофрении. Подчеркивается, что модус воспитания в семьях больных шизофренией, помимо своеобразного склада личности ребенка, во многом определяется характерологическими особенностями родителей. Конкретизируются и дополняются введенные F. Fromm-Reichman (1948) и Th. Lidz et al. (1956) понятия «шизофреногенная мать» и «шизофреногенный отец», анализируются психологические механизмы влияния личности родителей на формирование аномальных особенностей личности ребенка и патологического стиля взаимоотношений между ними (G. Parker, 1982). Выделяются наиболее патогенные виды нарушений семейных отношений: ролевые нарушения, (например, однополюсное распределение власти в семье); наличие симбиотических или гиперпротективных отношений; эротизация отношений между родителями и ребенком (Lidz R., Lidz Th., 1976); коммуникативные нарушения и, прежде всего, «double-bind» – двойная связь (Bateson G et al., 1972); эмоциональные нарушения («негативный аффективный стиль» по Doane J.A. et al., 1985); расстройства взаимоотношений семьи с социальным окружением, характеризующиеся наличием так называемого «резинового забора» (Brown G. W. et al., 1973) и др.

Таким образом, в современной психоаналитической литературе отдельные характеристики семейной среды и их сочетания рассматриваются как предикторы развития шизофрении. Такой подход определяет необходимость включения сферы семейных отношений в число «мишеней» клинической психодиагностики. Следует признать, что роль семейных отношений в патопластике и прогнозе шизофрении подчеркивалась отечественными авторами и до признания психодинамического подхода в психиатрии (Поляков Ю.Ф. с соавт., 1977; Воловик В.М., 1978, 1980; Эйдемиллер Э.Г., 1978; Бурковский Г.В. с соавт., 1980; Щелкова О.Ю., 1988).

Другой современной теорией шизофрении является диатез-стрессовая теория, разрабатываемая в рамках биопсихосоциальной парадигмы в психиатрии (Коцюбинский А.П. с соавт., 2004). Эта теория во многом способствует преодолению противоречий меж-

ду существующими генетическими и психодинамическими теориями.

Модель стресс-диатеза впервые была сформулирована J. Zubin (1977), но в наиболее разработанном виде представлена в работах L. Ciompi (1980). В самом общем виде суть этой теории заключается в предположении о существовании у каждого индивида биологически обусловленной уязвимости (ранимости) по отношению к стрессорным воздействиям, провоцирующим развитие болезни. Ранимость проявляется в том, что стрессор действует на уже измененную способность противостоять ему. В работе В.Д. Вида (2001) обобщено мнение исследователей о том, что термин «ранимость» («уязвимость») просто заменил понятие «слабости эго» в его старом психодинамическом понимании. Тем не менее, теория стресс-диатеза получила широкое распространение и рассматривается как ведущая психосоциальная модель шизофрении.

В этой модели в качестве стрессоров выступают психосоциальные факторы – макро- и микрособытия повседневной жизни, не оказывающие сколько-нибудь заметного влияния на здоровых людей, но играющие для «уязвимых» личностей роль неспецифического стрессора (Zubin J. et al., 1983; Olbrich R., 1987). Кроме того, рассматриваются дискретные психосоциальные факторы и длительные (константные) негативные психосоциальные факторы, среди которых особое значение придается семье. Выделяются также личностные факторы уязвимости – шизотипальные личностные черты, «автономная гиперактивность на аверсивный стимул», сниженная способность к деятельности и др. (Nuechterlein K.H., Libman R.P., 1985, цит. по: Коцюбинский А.П. с соавт., 2004). В противовес этим факторам выделяются личностные факторы защиты (копинг и психологическая защита) и защитные средовые факторы (поддерживающее психосоциальное вмешательство, решение семейных проблем). Взаимодействие перечисленных факторов влияет на состояние адаптационных систем индивида и может оказаться дезадаптирующим, приводящим к возникновению заболевания. Действие того же механизма прослеживается и в развитии рецидива психоза.

Таким образом, в рамках диатез-стрессовой модели шизофрении особое значение придается адаптационно-компенсаторным механизмам личности и проблеме психологи-

ческой адаптации, под которой понимается совокупность механизмов копинга и психологической защиты, а также внутренняя картина болезни (Исаева Е.Р., 1999; Коцюбинский А.П. с соавт., 2004). При этом психологический компонент психической адаптации рассматривается как один из критериев дифференциальной диагностики между шизофренией и другими психическими заболеваниями со сходной клинической картиной (например, между невротоподобной шизофренией и неврозом (Исаева Е.Р., 1995; Аристова Т.А., 1999).

Очевидно, что признание диатез-стрессовой модели шизофрении существенно расширяет круг психодиагностических задач при этом заболевании.

Подобное расширение традиционных психодиагностических задач отмечается и при дифференциальной диагностике депрессивных состояний. В этих случаях психолог чаще всего привлекается к участию в решении двух основных задач. Одна из них связана с установлением происхождения депрессивного состояния, его нозологической природы и состоит в определении значимой роли психологических факторов (ситуационных и личностных) в картине болезни и ее возможного психогенного происхождения.

Другая задача заключается в идентификации самого депрессивного состояния, распознавании скрытых, «маскированных» депрессий, и их отграничении от апатических и невротоподобных картин. Этому способствует изучение в ходе психодиагностического исследования установок и самовосприятия личности, отражающих характерное для депрессивных больных отношение к себе, к актуальной жизненной ситуации, будущему.

Так, традиционной и высоко значимой при выявлении депрессивных состояний остается задача психологического изучения самооценки и «Я-концепции» больных. Признано, что при депрессивных расстройствах нарушение самооценки является одним из проявлений болезни, тесно спаянных с личностью больного.

В психологических исследованиях (Лукина И.С., 1993) прослежен генезис пониженной самооценки и выделены социально-психологические факторы, влияющие на самооценку больных эндогенными депрессиями. К таким факторам, в частности, относятся: психотравмирующие события жизни, способствующие снижению самооценки и ослаблению силы личности; профессиональ-

ная деятельность; личностные особенности (*неуверенность в себе, социальная зависимость, тревожность, пассивность, замкнутость*); общение (*прежде всего – социальное отвержение*); супружеские отношения (*ролевая неудовлетворенность в связи с нарушенными сексуальными отношениями, чувством вины и обиды по отношению к супругу*); особенности семейного воспитания (*симбиотическая структура семьи, материнская депривация, отсутствие любви, безразличие и высокая степень авторитарности в отношениях с ребенком*).

Таким образом, объективное психологическое исследование уровня, структуры и генезиса самооценки может служить целям как идентификации самого состояния депрессии, так и дифференциальной диагностики между депрессиями различного генеза. Данные такого исследования могут быть положены в основу целенаправленной психотерапии и реабилитации больных.

Не менее важным психологическим индикатором депрессивного состояния является отношение больных к временной перспективе – своему настоящему, прошлому и будущему. Согласно клиническим представлениям, больные депрессией негативно относятся к своему настоящему (актуальной жизненной ситуации) и будущему, но склонны идеализировать прошлое. В исследовании М. Тейверлаур (1992) с помощью методики «Семантический дифференциал времени» (Вассерман Л.И. с соавт., 2005) выявлено, что, чем больше у больных выражен эндогенный фактор в патогенезе депрессии, тем отрицательнее показатели представления о всех проекциях времени (прошлое, настоящее, будущее). На фоне лечения больных с эндогенной депрессией и больных невротической депрессией отмечаются различные тенденции изменения отношения к будущему времени. Таким образом, отношение к временной перспективе может выступать в психологическом исследовании как дифференциально-диагностический признак при разграничении эндогенной и психогенной депрессии.

Современные гуманистические подходы в медицинской психологии предполагают, что задачей психодиагностики в клинике является определение психологических качеств, способных служить «опорой» в лечебно-восстановительном процессе (Кабанов М.М., 2001). При таком подходе вся совокупность психодиагностических данных

используется для постановки многомерного функционального диагноза, включающего клиничко-биологический, психологический и социальный ракурсы изучения больного. В связи с этим одной из важных задач медицинской психодиагностики выступает прогнозирование эффективности восстановительного лечения психически больных на основе изучения их личностных и психосоциальных преморбидных и морбидных характеристик (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003). Это обусловлено тем, что в психиатрии именно критерий прогноза является наиболее объективным критерием валидности психологической диагностики.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что определяющим фактором психологической диагностики в психиатрической клинике является клиническая задача, в связи с которой проводится эта диагностика. Такая задача формулируется совместно врачом-клиницистом и психологом в процессе обсуждения программы диагностической и лечебно-восстановительной работы с больным. В единичном психодиагностическом исследовании такая задача выступает как системообразующий фактор, определяющий особенности проведения самого исследования, а также характер описания его результатов в психодиагностическом заключении.

Решению общей (системной) клинической задачи, которой подчинено психологическое исследование, может способствовать реализация ряда более частных, конкретных задач психодиагностики: исследование познавательной деятельности, особенностей эмоционально-личностной и мотивационно-волевой сферы, структуры и уровня интеллекта и другие задачи. Качественные и количественные психодиагностические данные, полученные с помощью конкретных методов психодиагностики, должны быть представлены в психологическом заключении в контексте целостной личности испытуемого, его социального функционирования и адаптации.

Задачи психологической диагностики в соматической клинике. Появление психологов в этой сфере клинической медицины произошло относительно недавно, что объясняет недостаточную разработанность представлений о предмете, задачах и методах работы психолога. В то же время внедрение идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний происходит интенсивно и связано с все

большим пониманием важной роли личности больного и социально-психологических факторов как в развитии заболеваний, так и в лечебном процессе.

Современные принципы терапии ориентированы на мобилизацию и активацию резервов больного человека. Среди этих резервов большую роль играют психологические возможности его личности. Болезнь, как стрессовая ситуация в жизни пациента, активирует систему значимых отношений, высших регуляторных механизмов, проявляющихся в условиях болезни и лечения, с одной стороны, в характерных способах восприятия, переживаний и оценок, особенностях приспособительного поведения, – с другой (Ташлыков В.А., 1984). Знания и учет этих механизмов реагирования на болезнь могут повысить эффективность терапии.

Необходимо особо подчеркнуть, что потребность в изучении психологического мира пациента резко возросла в последние десятилетия в связи с широким распространением принципов и методов психотерапии и реабилитации больных при различных заболеваниях. И хотя личность каждого человека является уникальной, существуют и общие закономерности ее функционирования, позволяющие врачу применять в лечебно-реабилитационных целях дифференцированную систему психологических воздействий в конкретных случаях (Овчинников Б.В. с соавт., 2005).

Отмеченные общие положения позволяют подойти к формулированию задач психологической диагностики в соматической клинике.

При изучении психологии болеющего человека врач и медицинский психолог обращают внимание на все многообразие явлений – нормальных и патологических, – связанных с влиянием соматического заболевания на психическую деятельность, эмоциональные переживания и преломленные в них особенности личности и социально-психологической ситуации больных.

Влияние соматического заболевания на психику рассматривается в двух аспектах. Первый связан с выявлением особенностей и нарушений психического состояния больных, второй – с изучением изменений в сфере личности (включая патологические способы реагирования на болезнь).

Задача клинического психолога состоит в дифференцированной оценке психического состояния соматического больного, то есть в

определении степени выраженности, глубины и структуры эмоционально-аффективных, мотивационных и поведенческих нарушений. В задачу психологической диагностики в этих случаях входит также выявление осознаваемых и неосознаваемых установок в отношении болезни и лечения, которые могут являться как следствием нарушений психического состояния больного, так и могут приводить к усилению аффективного напряжения.

Следует отметить, что в структуре психического состояния больных соматическими заболеваниями преобладают эмоционально-аффективные нарушения. Аффективные реакции проявляются в виде «стрессовых» эмоций тревоги, страха, опасений. Выявленные в психологическом исследовании такого рода нарушения настроения следует расценивать как факторы риска развития более глубоких психических расстройств. Этот вывод основывается, в частности, на психодинамических концепциях депрессии, рассматривающих в качестве этиологических факторов ситуации потери, лишения, угрозы. Эти ситуации являются типичными стрессовыми для больных хроническими соматическими заболеваниями (Петрова Н.Н., 2004).

Адекватная психологическая диагностика в таких случаях должна учитывать сложные соматопсихические и психосоматические взаимоотношения, хотя методологическая база для этого в настоящее время находится лишь в стадии разработки. Примером разработки методологии психологической диагностики при соматических заболеваниях может служить работа Л.И. Вассермана, Е.А. Трифоновой (2004). В ней на модели исследования больных с инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД) показаны сложные отношения соматогенной, нозогенной и психогенной составляющих аффективных расстройств, встречающихся при соматических заболеваниях.

Не менее важной задачей является изучение механизмов приспособления личности к болезни. В процессе возникновения и развития хронического соматического заболевания нарушаются механизмы взаимодействия человека и среды. Любая хроническая болезнь ставит человека в психологически особенные жизненные обстоятельства. Вызываемая болезнью дезорганизация социальной жизни пациента переживается им иногда более остро, чем нарушения функциониро-

вания организма. На фоне этого вступают в действие механизмы психологической адаптации к болезни, направленные на восстановление нарушенного взаимодействия больного с макро- и микро-социальным окружением.

В соответствии с представлениями школы В.Н. Мясищева, основу психологической адаптации личности к болезни составляет система ее значимых отношений – отношение к себе, другим людям, к болезни, к лечению. Особое место здесь занимает комплекс аффективно-когнитивного реагирования, обозначенный в отечественной психологии понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ) (Лурия Р.А., 1977). В современной понимании ВКБ рассматривается как личностный механизм, определяющий системный ответ человека на болезнь (Карвасарский Б.Д. с соавт., 2001). Это «психологическое новообразование» в существенной степени участвует в регуляции психической деятельности и поведения больного, а иногда полностью это поведение определяет (Петрова Н.Н., 2004). Это ключ к пониманию личностного смысла заболевания для пациента, в котором отражается его готовность сделать хроническое соматическое заболевание частью своей обычной жизни (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2004).

Изучение механизмов психологической адаптации к болезни включает также анализ особенностей защитно-совладающего поведения больных. Структура и выраженность механизмов психологической защиты и копинга во многом определяет баланс конструктивных и деструктивных способов совладания со стрессом болезни. Выявление и последующая коррекция неадекватных способов психологического преодоления является составной частью работы психолога со всем комплексом проблем, связанных с реакцией личности на болезнь.

Отдельную задачу психологической диагностики в соматической клинике составляет изучение качества жизни больных различными заболеваниями. Современные подходы к терапии и оценке ее эффективности предполагают анализ не только объективной динамики симптомов болезни, но и субъективной удовлетворенности больного лечением и своей жизнью в условиях болезни (Вассерман Л.И. с соавт., 2001, 2007; Новик А.А., Ионова Т.И., 2002). В настоящее время становится все более актуальной задача выявления у соматических больных характери-

стик уровня и структуры качества жизни, а также определяющих его психосоциальных факторов. Решение этой задачи отражает современный подход ВОЗ к лечению и реабилитации больных. Сложность подобного рода исследований определяется многомерным характером самого понятия качества жизни, включением в его структуру физических, психологических, социальных, экономических и других параметров жизнедеятельности человека.

При изучении качества жизни, связанного со здоровьем, существенное значение придается его объективной и субъективной оценке. При этом субъективная оценка качества жизни во многом определяется расхождением между ожиданиями и достижениями человека (К. Calman, 1984), отражает возможность достижения значимых результатов и удовлетворенность ими (В.Я. Семке, И.Е. Куприянова, 2001). Таким образом, состояние мотивационной сферы человека является важной составляющей системного конструкта качества жизни (Е.В. Садальская, С.Н. Ениколопов, 2001). Этому соответствует представление Л.И. Вассермана с соавт. (2001) о качестве жизни как совокупности переживаний и отношений человека, ориентированных на осмысление существования, ценности здоровья и возможностей личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями, в том числе в условиях болезни.

Качество жизни в значительной степени определяется отношением к здоровью как жизненной ценности, понимание и осознание которой приходит при заболевании. По мнению Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой (1999), это может интерпретироваться в контексте теории В.Н. Мясичева как проявление взаимосвязи «система отношений – болезнь». Поэтому психологические механизмы влияния болезни на личность и ее благополучие должны рассматриваться с позиции системы отношений личности в целом с раскрытием субъективного смысла болезни как события в жизни. По нашему мнению, для психолога, работающего в клинике, понимание личностного смысла заболевания в иерархии смыслов и ценностей больного является интегральной задачей психологической диагностики, от решения которой зависит выбор методов психологической коррекции и социальной реабилитации.

Следующий блок задач психологической диагностики в соматической клинике направлен на выявление психологических факторов, участвующих в формировании и развитии патофизиологических процессов и соматических симптомов.

В настоящее время проблема психосоматических взаимоотношений выступает как одна из центральных проблем психологии и медицины. Признание роли психологических факторов в этиопатогенезе многих соматических заболеваний привело к формированию отдельного направления в медицинской науке и практике, получившему название «психосоматическая медицина». В широком смысле психосоматическая медицина рассматривается как наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов. В условиях все большей специализации и дифференциации медицинской науки и практики психосоматическая медицина отражает интеграционные тенденции, выступая против односторонних естественнонаучных и органочентрических установок медицины (Бройтигам с соавт., 1999).

Роль психолога в психосоматической медицине та же, что и в других направлениях современной медицины, – участие в диагностике, лечении и реабилитации больных с помощью собственных (психологических) приемов и методов. Однако признание значения психологических факторов в этиологии психосоматических заболеваний, их течении и лечении привносит своеобразие в диагностическую работу психолога в психосоматической клинике.

Это своеобразие вызвано тем, что психологические (психосоциальные) факторы выступают как предикторы психосоматической патологии, и, следовательно, ее этиопатогенез не может быть раскрыт без понимания истории развития личности, условий ее формирования. Вследствие этого психологическая диагностика при психосоматических заболеваниях должна быть нацелена не только на выявление актуальных проблем и механизмов приспособления личности к болезни, социально-психологических условий ее существования в условиях болезни и отражении их в сознании и настроении больного. Не меньшее значение имеет изучение «субъективного» и «объективного» психологического анамнеза (Мясичев В.Н., Феоктистова Е.П., 1930; Личко А.Е., 1983), поскольку только изучение жизненного пути личности позволяет получить целостное представление о ее развитии.

В связи с этим при психосоматических заболеваниях (также как при неврозах и других психогениях), особое значение наряду с экспериментально-психологическим методом приобретает клинико-психологический метод (клинический метод в психологии). Этот метод реализует глубоко индивидуализированный, неформальный и аналитический подход к изучению формирования и существования личности и позволяет осуществлять «позитивную» психологическую диагностику (Карвасарский Б.Д., 1990).

Таким образом, клинико-психологический (биографический) метод, дополненный данными объективного (инструментального) психологического исследования, может предоставить существенную информацию о генезе внутриличностной и социально-психологической проблематики больного, трансформированной по механизмам психосоматических соотношений в симптомы физического неблагополучия, и тем самым способствовать проведению целенаправленной патогенетической, личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии этой категории больных (Исурина Г.Л., 2000).

В заключение необходимо отметить, что в психосоматической медицине существует около 20 теоретических концепций и направлений, выделяющих те или иные этиологически значимые факторы и механизмы развития заболеваний. Обзоры этих концепций представлены в литературе (Исаев Д.Н., 1996; Карвасарский Б.Д., 2002; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Овчинников Б.В. с соавт., 2005). Наибольший интерес представляют интеграционные концепции, рассматривающие единство: биологическая предрасположенность (диспозиция) – личность – ситуация. Именно в контексте этих теорий психологическая диагностика приобретает наиболее важное значение, так как способствует углублению представлений о психосоматических взаимоотношениях и выявлению в каждом отдельном случае психологических факторов, способствующих и сдерживающих развитие болезни.

Системный характер рассматриваемой проблемы предполагает выделение определенных взаимосвязанных подсистем психодиагностической информации при исследовании больных соматическими и психосоматическими заболеваниями.

1. Полученные клинико-психологическим путем данные об условиях развития личности больного, формирования его соци-

альных отношений и внутриличностных проблем. Представление о сформированных в этих условиях индивидуальных особенностях личности и межличностного взаимодействия.

2. Оценка актуального психического состояния и реактивно-личностных образований в связи с имеющимся заболеванием и социально-психологическими, профессиональными, семейными и другими факторами, его сопровождающими.

3. Особенности «внутренней картины болезни», ее компонентов; личностный смысл заболевания и роль отношения к здоровью-болезни в системе значимых отношений личности.

4. Комплекс защитно-совладающих со стрессом болезни механизмов – неосознаваемых (МПЗ) и вполне осознаваемых и активных стратегий психологического преодоления (копинга), а также обеспечивающих их внутренних (личностных) и средовых ресурсов.

5. Качество жизни больных как результирующая объективных условий существования личности в условиях болезни и субъективного отражения их в ее самосознании и эмоциональной сфере.

Подводя итог далеко не полного обзора задач психологической диагностики в клинической медицине, следует еще раз подчеркнуть, что в психиатрической клинике основной задачей психологической диагностики является определение структуры и степени выраженности психических расстройств, а также сохраненных сторон психической деятельности больного в их статусе и динамике. Анализ и интерпретацию получаемых данных необходимо проводить в соответствии с утвердившимся в отечественной психологии пониманием психики человека в норме и патологии как динамической системы функций, процессов и состояний (Ломов Б.Ф., 2003). Такой анализ осуществляется в целях постановки функционального (многомерного) диагноза, включающего как клиническую (психопатологическую) квалификацию состояния больного, так и определение его личностных и социально-психологических характеристик для выработки путей психотерапии и социальной реабилитации.

В соматической клинике комплекс задач психологической диагностики направлен на определение психологических факторов, участвующих в формировании и развитии

патофизиологических процессов и соматических симптомов, а также на выявление изменений психической деятельности и социальных позиций больных, связанных с соматическим заболеванием. Такая направленность психологической диагностики определяется современными этиопатогенетическими представлениями о биопсихосоциальной сущности соматических заболеваний. Анализ и интерпретацию полученных психодиагностических данных необходимо осуществлять в рамках этой системной (биопсихосоциальной) модели, что будет способствовать пониманию не только сложных психосоматических и соматопсихических взаимоотношений, но и механизмов адаптации личности к болезни и оптимизации качества жизни больных.

Литература

1. Аммон, Г. *Динамическая психиатрия* / Г. Аммон. – СПб., 1995.
2. Аристова, Т.А. *Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных невротами и невротоподобной шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук* / Т.А. Аристова. – СПб., 1999.
3. Блейхер, В.М. *Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов* / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.; Воронеж, 2002.
4. Боков, С.Н. *Значение исследования аффективности для дифференциальной диагностики невротозов и невротоподобной шизофрении* / С.Н. Боков // *Теория и практика медицинской психологии и психотерапии*. – СПб., 1994. – С. 170–176.
5. Бройтигам, В. *Психосоматическая медицина* / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М., 1999.
6. Бурковский, Г.В. *Медико-психологическая прогностическая шкала для определения качества ремиссии при восстановительной терапии больных шизофренией: методические рекомендации* / Г.В. Бурковский, А.Я. Вукс, О.В. Гусева. – СПб., 1995.
7. Вассерман, Л.И. *Концепции реабилитации и качества жизни: преимущество и различия в современных подходах* / Л.И. Вассерман, С.А. Громов, В.А. Михайлов // *Психосоциальная реабилитация и качество жизни*. – СПб., 2001. – С. 103–115.
8. Вассерман, Л.И. *Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение* /

- Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб. – М., 2003.
9. Вассерман, Л.И. *Исулинозависимый диабет как модель психосоматических и соматопсихических соотношений: методология и методы исследования* / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // *Вестник клинической психологии*. – 2004. – Том 2. – № 1. – С. 72–83.
 10. Вассерман, Л.И. *Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах: пособие для психологов и врачей* / Л.И. Вассерман, О.Н. Кузнецов, В.А. Ташлыков. – СПб., 2005.
 11. Вассерман, Л.И. *Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине* / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // *Сибирский психологический журнал*. – 2007. – № 26. – С. 112–119.
 12. Вид, В.Д. *Психотерапия шизофрении* / В.Д. Вид. – СПб., 2001.
 13. Зейгарник, Б.В. *Патопсихология: учебник для студентов ВУЗов* / Б.В. Зейгарник – М., 1986.
 14. Зотов, М.В. *Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук* / М.В. Зотов. – СПб., 1998.
 15. Иовлев, Б.В. *Психология отношений. Концепция В.Н.Мясищева и медицинская психология* / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб., 1999.
 16. Исурина, Г.Л. *Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели* / Г.Л. Исурина // *Клиническая психология*. – СПб., 2000. – С. 250–261.
 17. Карвасарский, Б.Д. *Клиническая психология* / Б.Д. Карвасарский – СПб., 2002.
 18. Карвасарский, Б.Д. *Медицинская психология и реабилитация: история и современность* / Б.Д. Карвасарский и др. // *Психосоциальная реабилитация и качество жизни*. – СПб., 2001. – С. 203–210.
 19. Коцюбинский, А.П. *Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание* / А.П. Коцюбинский, и др. – СПб., 2004.
 20. Личко, А.Е. *Психологическая диагностика в клинической медицине* / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов // *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике*. – Л., 1983. – С. 22–38.

21. Ломов, Б.Ф. Системность в психологии: избранные психологические труды / Б.Ф. Ломов / под ред. В.А. Барабаницкова и др. – М.: Изд-во Московск. психологич. ин-та. – 2003.
22. Мясичев, В.Н. Характер и прошлое (к вопросу о методике анамнеза) / В.Н. Мясичев, Е.П. Феоктистова // Труды Лен. пед. института им. А.И.Герцена. – Л., 1930. – С. 142–169.
23. Нуллер, Ю.Л. О парадигме в психиатрии / Ю.Л. Нуллер // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1991. – № 4. – С. 5–13.
24. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство / С.Я. Рубинштейн. – СПб., 2004.
25. Садальская, Е.В. Психологические аспекты оценки качества жизни больных психосоматическими расстройствами / Е.В. Садальская, С.Н. Ениколопов // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 321–334.
26. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л., 1984.
27. Bateson, G. *Auf dem Wege zu einer Schizophrenic-Teorie* / G. Bateson, D. Jackson, Y. Haley, J. Weakland // *Schizophrenie und Familie*. – Frankfurt/Main, 1972. – S. 11–42.
28. Brown, G.W. *Life events and psychiatric disorders. Part 2: nature of causal link* / G.W. Brown, T.O. Harris, J. Peto // *Psychol. med.* – 1973. – № 2. – P. 159–176.
29. Ciompi, L. *The natural history of schizophrenia in long run* / L. Ciompi // *Brit. J. Psychiat.* – 1980. – № 136. – P. 413–420.
30. Doane, J.A. *Parental affective style and the treatment schizophrenia: predicting course of illness and social functioning* / J.A. Doane, I.R.H. Falloon, M.J. Goldstein, J. Mintz // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1985. – Vol. 42. – № 1. – P. 34–42.
31. Fromm-Reichman, F. *Notes on development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy* / F. Fromm-Reichman // *Psychiatry*. – 1948. – Vol. 11. – № 3. – P. 263–273.
32. Lidz, Th. *The role of the father in the family environment of the schizophrenic patients* / Th. Lidz, B. Parker, A. Cornelson // *Amer. J. Psychiat.* – 1956. – Vol. 113. – № 2. – P. 126–132.
33. Lidz, R. *Loslösung aus Symbiotischer Elternbeziehung* / R. Lidz, Th. Lidz // *Psychotherapie schizophrener Psychosen*. – Hamburg. – 1976. – S. 96–100.
34. Zubin, J. *Vulnerability – a new view of schizophrenia: a look beyond genetics* / J. Zubin, B. Spring // *Nerv. Ment. Dis.* – 1977. – № 169. – P. 477–492.
35. Zubin, J. *The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability* / J. Zubin, J. Magaziner, S. Steinhauer // *Psychol. med.* – 1983. – № 13. – P. 551–571.

Поступила в редакцию 30.09.2008.

Щелкова Ольга Юрьевна. Кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета: I-AM-THE-GOD@yandex.ru.

Olga Yu. Shchelkova. Ph. D., Assistant Professor, Department of Clinical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University: I-AM-THE-GOD@yandex.ru.