

Т. В. Абрамов

МНОГООСЕВОЙ ПОДХОД В СИСТЕМАТИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИМИ И СОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Работа представлена кафедрой клинической психологии.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор С. А. Кулаков

В статье делается попытка описания интегративной модели оценки психического здоровья подростков (в том числе многоосевого подхода, предложенного DSM-IV), в пространстве клинической психологии, адаптация соотносительно критериям оценки нарушений психологического уровня здоровья у подростков, страдающих нервно-психическими и соматическими расстройствами. Также проводится психологическая систематизация описанных нарушений.

There is a trip of describing integration's model multiaxes approach taken from medicine to continuum of psychology, and adaptation it proportionality criterions of valuation of mental health's level in this article. And described the psychological systematizations of mental and somatic disorders from child.

Важной проблемой прикладных исследований является психологическая систематизация наблюдаемых нарушений состояния и поведения¹. На сегодняшний день в клинической психологии нет четких представлений и разработанной терминологии для критериев оценивания нарушений именно психологического уровня здоровья. Для описания уровней здоровья оперируют, как правило, терминами, используемыми как в медицине, так и в психологии: такими как тревожность, депрессия, невротические расстройства. В соответствии с таким подходом конструируется и подавля-

ющее большинство психодиагностических шкал. Но, на наш взгляд, подобная дефиниция психологических (а не психопатологических) состояний и реакций методически не правомерна, так как устраняет границы между различными по качеству и интенсивности нарушениями здоровья и болезненными расстройствами.

Цель нашего исследования – это попытка психологической систематизации клинических проявлений психологических состояний у подростков с нарушениями здоровья. Подобная систематизация позволила бы сформировать диагностические пред-

ставления таких проявлений, необходимых для научного обоснования дифференцированных подходов в мероприятиях психологической помощи и коррекции.

Исследование проводилось на базе школы индивидуального обучения, которую посещают дети с нервно-психической и соматической патологией. Объектом исследования стали 80 подростков (13–17 лет) и их семьи (78 матерей), экспертную оценку осуществляли классные руководители (16 человек). Методологической основой послужила многоосевая классификация психических и соматических расстройств для детей и подростков и мультимодальный подход в диагностике и терапии².

Батарее диагностических тестов подбিরали соответственно каждой из шести осей, представленных в классификации:

- 1-я ось (клинические психопатологические синдромы). Соответствующая ось методики SCL-90-R позволяет выявить наличие сопутствующих клинических психопатологических симптомов (плюс, как дополнительный параметр, мы использовали выписку из заключения врачей психоневрологического диспансера);

- 2-я ось (специфические расстройства психического развития). С целью выявления нарушений развития мы использовали данные, собранные клинко-биографическим методом (определение по типам дизонтогенеза, асинхронии). Как дополнительный параметр мы изучили самооценку школьников по методике Дембо-Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан;

- 3-я ось (уровень интеллекта). Для измерения умственных способностей мы работали со «Школьным Тестом Умственного Развития (ШТУР)». С целью качественного анализа причин предпочтения тех или иных предметов и мотивов учения анализировались данные методики «Изучения отношения к учению и к учебным предметам» Г. Н. Казанцевой;

- 4-я ось (соматические состояния). Сведения об имеющемся соматическом состоянии, о наличии физических заболеваний

были взяты из медицинской карты учащегося, плюс, как дополнительный параметр, мы изучали уровень астенизации школьников с помощью «Опросника для диагностики астении» И. К. Шац;

- 5-я ось. С целью выяснения сопутствующих аномальных психосоциальных (семейных условий) мы использовали методику «Измерение родительских установок и реакций» (PARI) Е. Шефера, а также соответствующие шкалы адаптированного теста незаконченных предложений Сакса-Леви – последнюю методику заполняли и родители школьников для отслеживания трансгенерационных связей. Сами дети и подростки работали с такими методиками, как семейная социограмма и соответствующие шкалы адаптированного теста незаконченных предложений Сакса-Леви;

- 6-я ось (общая оценка нарушений психосоциальной продуктивности). Определяя степень тяжести имеющегося состояния, мы основывались на ранжировании, представленном в многоосевой классификации детей и подростков.

На первом этапе в соответствии с целью исследования выявляли и систематизировали клинические проявления психологических состояний детей с нарушениями здоровья. Руководствуясь гипотезой, что учителя, непосредственно и повседневно наблюдающие детей, различают их по поведенческим особенностям, мы выбрали их для экспертной оценки. Для этого в основу нашей классификации мы положили анкету на базе карты наблюдений Дж. Стотта, предназначенной для изучения особенностей дезадаптированных учеников к условиям школы³. Методика содержит вопросы, отражающие различные аспекты поведения детей, сгруппированные в соответствующие шкалы. При обработке данных в результате кластерного анализа «варианта метода полной связи» вся выборка разделилась на два относительно компактных кластера.

Первая группа (46 наблюдений) представлена учащимися, которые, с точки зрения учителей, вполне адаптированы к ус-

ловиям школьного обучения, не отстают в психическом развитии, успешно социализированы, эмоционально устойчивы, не обнаруживают видимых признаков нарушений психического развития и характера. Вторую группу составляют подростки, которые, по наблюдениям учителей, отличаются различными поведенческими проявлениями психического неблагополучия.

Далее эти группы дифференцировали по результатам объективной оценки состояния здоровья. Рассчитывались частоты представленности нозологических форм в медицинских картах, в результате чего они были разбиты на две подгруппы. В первую включены учащиеся, клинические диагнозы которых отражали состояния физических дефектов: осложнение после операции, травмы позвоночника и других; и соматических болезней, относимых к классу психосоматических: бронхиальная астма, язвенная болезнь и др. (75,86 и 80% соответственно). В другую подгруппу вошли преимущественно учащиеся с психиатрическими диагнозами – уточненными и неуточненными. Обобщенно весь спектр этих заболеваний можно определить как нервно-психическую неустойчивость (невротические состояния, поведенческие расстройства неясной этиологии, дефицит когнитивных функций).

Полученные результаты показательны в том отношении, что свидетельствуют о принципиальном различии феноменологии психологических нарушений у болеющих подростков, которые фиксируются уже на уровне простого наблюдения неспециалистами-учителями. Очевидно, что пограничные психические расстройства, имеющие свои поведенческие проявления, легче и точнее выделяются учителями и фиксируются ими в анкетах, нежели психологические нарушения, сопутствующие соматическим заболеваниям и физическим дефектам. Однако существенным вопросом здесь является уточнение психологической диагностики в выделенных группах. Эта задача решалась нами путем сравнения распределений психодиагностических показателей, по-

лученных при углубленном обследовании подростков с нарушениями здоровья.

Для выявления различий между рядами количественных признаков использовался *t*-критерий Стьюдента. В результате группа подростков с признаками нервно-психической неустойчивости очевидно неоднородна по характеру психологических нарушений. Объединяющим признаком для этой группы являются фиксируемые учителями, родителями и самими подростками признаки нервно-психической неустойчивости (данные адаптированной анкеты по карте наблюдений Дж. Стотта и методики SCL-90) ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Они имеют различный генез и клинико-психологические проявления. Подростки второго выделенного класса, имеющие физические дефекты или психосоматические заболевания, обнаруживают меньшую выраженность поведенческих проявлений нервно-психической неустойчивости ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Но при этом характерные отличия для этой группы выявляются в сфере семейного воспитания (данные PARI, FES). Здесь доминируют такие признаки, как гиперопека ($p < 0,01$), строгое подавляющее воспитание в семье ($p < 0,05$), контроль поведенческих проявлений эмоций (в частности, агрессивных побуждений) ($p < 0,05$). Родители таких детей характеризуются как сверхавторитетные, причем в семейных отношениях прослеживается доминирование матери при пассивном участии отца в воспитании. Такие особенности представляют особый интерес в аспекте дифференцированного и мультимодального подхода в мероприятиях психологической коррекции.

Следующей важной задачей, обеспечивающей возможности многоосевой диагностики психических состояний в мероприятиях психологической коррекции, стала дифференциация выделенных групп по клинико-психологическим признакам состояний с помощью методов многомерной статистики. Для этого мы использовали классификацию психодиагностических переменных, по которым выявлены достовер-

ные различия ($p < 0,001$; $p < 0,01$; $p < 0,05$) методами автоматической классификации.

Предварительный их анализ позволил выявить такие перечни разнородных признаков:

- признаки состояния: утомляемость (показатель астении), эмоциональная и психомоторная возбудимость (показатели психомоторной и эмоциональной нестабильности);

- жалобы соматического характера (невротические и психосоматические проявления, соматизация психического напряжения, обсессивно-компульсивные симптомы), психоэмоциональное напряжение (тревожность);

- признаки поведения: эгоцентризм, недоверие к людям, вещам, ситуациям, дефицит социализации, межличностная чувствительность, агрессивное поведение, реактивное поведение, избегающее поведение;

- признаки когнитивного функционирования: низкие результаты ШТУР. Самооценка.

Характерно, что исходный перечень признаков сформирован как по данным субъективной оценки, так и по результатам тестирования и объективного наблюдения.

Таким образом, по результатам, полученным автоматической классификацией исходного перечня признаков, можно сделать вывод, что на уровне феноменологического анализа отчетливо проявляются такие общие признаки психологических характеристик больных подростков, как когнитивные дисфункции, нервно-психическое напряжение, (в преимущественно экстеро- или интериоризованных формах, объединяющим признаком которых является утомляемость и сниженная работоспособность (астения).

Следующим шагом систематизации изучаемых феноменов было сужение пространства переменных, описывающих выделенные состояния, и выбор определяющих психодиагностических показателей, необходимых для надежного и полного их описания. Эта задача была решена с помощью корреляционного и факторного анализов.

Полученные на данном этапе результаты позволили сделать вывод о том, что в своих клинико-психологических проявлениях нарушения здоровья у подростков манифестируют четырьмя определяющими психодиагностическими показателями: умственная работоспособность (уровень умственного развития), утомляемость (астения), нервно-психическое напряжение (тревога), нервно-психическая неустойчивость (психомоторная нестабильность). Такой вывод подтвержден результатами многомерного анализа данных и не противоречит фактам научной литературы по проблемам психологических нарушений при заболеваниях у детей и подростков⁴, которые акцентируют внимание на четырех основных радикалах пограничных психических расстройств: невротических, патохарактерологических, когнитивных и астенических.

В результате нашего исследования можно сделать вывод, что клинико-психологические нарушения у больных школьниками проявляются согласно многоосевому подходу в следующих основных формах. По первой оси – нервно-психическое напряжение с преимущественно поведенческими (неустойчивость) или эмоциональными нарушениями; по второй оси – когнитивные дисфункции и трудности обучения; по третьей оси – нарушение работоспособности и утомляемость, по четвертой оси – нервно-психическая напряженность. Очевидно, что алгоритмизация психологической коррекции должна быть адекватна диагностированным нарушениям по соответствующим осям. Соответственно, коррекционные программы необходимо составлять различные для групп с разными психологическими проблемами, либо это помощь в обучении, если диагностируется нарушение когнитивного компонента, либо обучение навыкам психической саморегуляции и т. п., если выявлены астено-невротические нарушения, либо поведенческие тренировки при поведенческих нарушениях.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ *Исаев Д. Н.* Детская медицинская психология. СПб.: Речь, 2005; *Егоров А. Ю., Игумнов С. А.* Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. СПб.: Речь, 2005.

² *Remschmidt H. & Schmidt M.* (Hrsg.). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes – und Jugendalter nach ICD-10. Bern: Huber, 1994. S. 59–63; *Кулаков С. А.* Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков. СПб.: Речь, 2004.

³ *Кулаков С. А.* На приеме у психолога // Подросток. 2001.

⁴ *Mash E. & Wolf D.* Abnormal child psychology. – 2nd ed. Wadsworth: Thomson learning, 2002.