

Управление здравоохранения
Могилевского облисполкома

УТВЕРЖДАЮ
Начальник управления
здравоохранения Могилевского
облисполкома

А. Д. Жилин
«15» _____ 2016 г.

Регистрационный
номер № 18

ИНСТРУКЦИЯ

**«Методы диагностики и коррекции дезадаптивных
эмоциональных состояний возникающих при невротических
расстройств, связанных со стрессом и соматоформных
расстройствах невротического генеза»**

(для психологов, работающих в системе здравоохранения и
психологов работающих с кризисными состояниями)

Учреждение разработчик:

Учреждение здравоохранения «Могилевская областная
психиатрическая больница»

Составили:

Нестер Л.Н. – главный врач

Лазаренко Е.В. – заместитель главного врача (по медицинской части)

Головач П.В. – заместитель главного врача (по медицинской части)

Лаппо Н.С. – заведующий медико-психологическим отделением

Барановская И.Г. – психолог медико-психологического отделения

Инструкция предназначена для психологов, работающих в учреждениях здравоохранения, а также для психологов, работающих с кризисными состояниями, реакциями дезадаптации с различной степенью выраженности. Является пособием для диагностики дезадаптивных состояний у пациентов психиатрических, неврологических и соматических стационаров, а также определяет подходы к коррекции невротических и соматоформных расстройств невротического генеза.

Общие положения

Настоящая инструкция содержит:

1 Систематически изложенные методы диагностики дезадаптивных состояний, позволяющие качественно оценить состояние человека в диагностируемый период.

2 Изложенные теоретико-методологические основы психологической коррекции дезадаптивных состояний, возникающих при невротических расстройствах и соматоформных расстройствах невротического генеза.

3 Изложенные методы адаптации, а также основные методы психокоррекции различных дезадаптивных состояний.

4 Приложение к инструкции № 1: «Методы диагностики».

5 Приложение к инструкции № 2: «Подходы коррекции».

6 Приложение к инструкции № 3: «Алкоголизм и суицидальное поведение как результат дезадаптивных эмоциональных состояний. Методы диагностики, подходы коррекции».

Общие сведения

Дезадаптивные эмоциональные состояния, возникающие при невротических и соматоформных расстройствах

Дезадаптация - (лат. dis отсутствие; adaptatio – приспособление) нарушение способности приспособления организмов к условиям существования. В психиатрии дезадаптация понимается в первую очередь, как утрата приспособляемости к условиям социальной среды и выражается широкой гаммой психоэмоциональных сдвигов, может привести к формированию суицидального поведения, а также интенсивной алкоголизации в случае невозможности реализации базовых ценностных установок.

Среди дезадаптивных эмоциональных состояний выделяют:

- депрессию;
- апатию;
- агрессивное поведение;
- гипотимию;

- растерянность;
- тревогу;
- страх;
- бредоподобное настроение.

Эти весьма разные по содержанию эмоциональные состояния имеют ряд общих признаков:

- Личность практически не реагирует на внешние воздействия иначе, как при помощи дезадаптивного эмоционального состояния, наблюдаемого у человека. Состояние может еще более усугубляться под влиянием разных стимулов – положительных или отрицательных.

- Чем усерднее внушать смелость тому, кто испытывает устойчивый страх, тем страшнее ему становится.

- В возникшем энергетическом режиме не справляется со своей задачей интеллект. Его роль в оценке внешних воздействий и переживаний личности практически не заметна. Во всяком случае, разум и воля не помогают человеку быстро и успешно преодолеть дезадаптивное эмоциональное состояние, придать им коммуникабельную форму.

- Для восстановления эмоциональной нормы требуется время, покой, помощь окружающих, в том числе лечебная.

- Любое из дезадаптивных эмоциональных состояний может проявляться в пределах нормы или приобретать размеры психического расстройства, то есть психопатологическую форму. Последняя возникает при наличии сопутствующих факторов. Психопатологические расстройства характеризуются общим, измененным нервно-психическим тонусом.

В свою очередь устойчивые изменения нервно-психического тонуса вызываются:

- Органическими поражениями головного мозга. В этом случае расстройства наиболее обширные и глубокие.

- Дефектами нервной системы. Обычно она ослаблена болезнями, психическими травмами.

- Внешними причинами. Среди них такие, которые вызывали психический стресс, интоксикацию, травмы.

- Соматическими заболеваниями. Болезнь того или иного органа вызывает нарушения сопряженных участков головного мозга, нервной системы в целом, обмена веществ, что приводит к изменениям эмоционального и, нередко, интеллектуального отражения действительности.

Очень разные по своему проявлению эмоциональные расстройства имеют, похоже, одну и ту же механику: отсутствует нормальная связь между интеллектом и эмоциями. Интеллект почему-

либо (поражение головного мозга в результате стресса, интоксикации, травмы и т.п.) не оценивает должным образом внешние и внутренние воздействия, не выявляет их значимость для личности. Его управляющие команды не включают адекватные эмоциональные программы и наработанные при жизни стереотипы эмоционального поведения. Вместо адекватных эмоциональных программ и стереотипов автоматически все время вступает в действие один и тот же стереотип, свойственный личности. Поведение становится неадекватным, но не обусловлено видимыми причинами.

Своевременная диагностика и психокоррекция дезадаптивных эмоциональных состояний, в основе которых лежит реакция дезадаптации, значительно ускоряют процесс выздоровления, и способствуют предотвращению рецидивов в дальнейшем.

Методы диагностики дезадаптивных состояний

(см. Приложение №1)

Шкала депрессии Зунга. (адаптирована Балашовой Т.Н.)

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Шкала депрессии Бека

Данная методика служит для характеристики степени выраженности депрессии по самооценке. Она охватывает 21 симптом депрессии: пониженное настроение, пессимизм, чувство недовольства собой, неудовлетворенности, вины, самообвинение, влечение к смерти, раздражительность, неспособность к работе, нарушение сна и т.д. Применительно к каждому вопросу возможны четыре утверждения, отражающие различные степени самооценки.

Тест Люшера относится к категории проективных методов и основан на предположении о том, что предпочтения одних цветов другим связаны с устойчивыми личностными характеристиками испытуемого и особенностями его переживания актуальной ситуации. Основные преимущества данной методики: быстрота тестирования, простота поставленной перед испытуемым задачи, полная закрытость от испытуемого психологического содержания, фиксируемого методикой, возможность многократного повторного тестирования того же испытуемого, результат не зависит от точности самооценки испытуемого и его способности к вербализации своих состояний.

Опросник SCL -90-R

Опросник предназначен для оценки психологического симптоматического статуса испытуемой нормативной группы и психиатрических пациентов. В состав опросника входят 9 основных и три дополнительных шкал. Основные шкалы:

- 1 Шкала Соматизации (SOM).
- 2 Шкала Межличностной сензитивности (INT).
- 3 Шкала Обсессивно-компульсивных расстройств (O-C).
- 4 Шкала Депрессии (DEP).
- 5 Шкала Тревожности (ANX).
- 6 Шкала Враждебности (HOS).
- 7 Шкала Фобической тревожности (PHOB).
- 8 Шкала Паранойяльной симптоматики (PAR).
- 9 Шкала Психотизма (PSY).

Шкала Дополнительных вопросов (PSY), дополнительно рассчитываются три показателя - индексы дистресса:

- Индекс степени выраженности симптоматики (GSI);
- Индекс наличия симптоматического дистресса (PSDI);
- Индекс общего числа положительных ответов (PST).

Интегративный тест тревожности.

Опросник предназначен для диагностики степени выраженности ситуативной и личностной тревожности. С его помощью можно выявить, какой из компонентов преобладает в диагностированной тревожности:

- 1 Эмоциональный дискомфорт.
- 2 Астенический компонент тревожности.
- 3 Фобический компонент тревожности.
- 4 Оценка перспективы.
- 5 Социальные реакции защиты

Опросник УН (уровень невротизации).

Предназначен для оценки уровня невротизации для мужчин и женщин в отдельности.

Методика диагностики уровня невротизации

Л.И.Вассермана предназначена для изучения склонности пациентов к неврозу как особенности их нервной системы. Приводимые в этой методике вопросы направлены на определение уровня невротизации и имеют ориентировочный характер.

Методика Q-сортировки (адаптирована в Институте им.Бехтерева В.М.) - позволяет измерить самооценку как степень расхождения между реальным и идеальным образами Я. Этот показатель может рассматриваться и как «индекс невротичности».

Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М.) -

применяется для выявления и оценки степени выраженности невротических состояний и состоит из пяти шкал:

- 1 Шкала тревоги.
- 2 Шкала невротической депрессии.
- 3 Шкала астении.
- 4 Шкала истерического типа реагирования.
- 5 Шкала обсессивно-фобических нарушений.
- 6 Шкала вегетативных нарушений.

Опросник Басса-Дарки. Предназначен для диагностики степени выраженности агрессивности у пациента, как прямой, так и мотивационной.

Диагностика суицидального поведения как результата дезадаптивного состояния. (см. Приложение № 3)

Существует множество различных шкал и опросников для диагностики суицидальных тенденций, но наиболее информативной и защищенной от диссимуляции и аггравации со стороны пациента является:

- Методика психодиагностики суицидальных намерений (ПСН) по Кучеру А.А. – состоит из трех разделов.

Диагностика алкоголизма как результата дезадаптивного состояния. (см. Приложение № 3)

Находясь в дезадаптивном состоянии, человек пытается купировать его алкоголем, получая временное облегчение. Алкоголь блокирует эмоциональное напряжение, принося временное расслабление. Для диагностики уровня алкоголизации используется анкета:

- Психодиагностика уровня алкоголизации А.А. Кучера

Психокоррекция. (см. Приложение №2)

Психокоррекция, как вид психологической помощи, предназначена для психически здоровых людей, имеющих психологические проблемы, а также для людей, находящихся в пограничном состоянии, т.е. имеющих различного рода дезадаптивное поведение с формирующимся или сформированным невротическим радикалом.

Психокоррекционная работа при дезадаптивных состояниях может проводиться в следующих направлениях:

- когнитивно-бихевиоральная;
- краткосрочная позитивная;
- релаксационные методы;

- биологическая обратная связь;
- выявление возможных психологических причин и источников симптомов, удаление пациента из психотравмирующей ситуации или ее дезактуализация;
- психообразовательная работа с пациентом и его семьей (демонстрация связи симптомов с психологическими проблемами);
- аутотренинг;
- методы личностного роста;
- тренинг социальных и коммуникационных навыков;
- выявление и расширение значимых для пациента межличностных связей;
- терапия занятостью.

Подходы психокоррекции. (см. Приложение № 2)

Различают *индивидуальную* и *групповую* психокоррекцию.

Индивидуальный подход - психолог работает с клиентом один на один при отсутствии посторонних лиц.

Для лучшего понимания психологического состояния клиента и для более существенного психологического воздействия при коррекции используются следующие приемы (подстройка к клиенту):

- Зеркализация;
- Парафраз;
- Установление оптимальной психологической дистанции

между психологом и клиентом.

Способы воздействия в индивидуальной психокоррекции:

Убеждение;

Внушение;

Психоанализ;

Логотерапия.

Групповой подход - работа происходит сразу с группой клиентов со схожими проблемами. Эффект достигается за счёт взаимодействия и взаимовлияния людей друг на друга (групповая динамика).

Групповой коррекционный эффект, как правило, сильнее в тех случаях, когда речь идет об исправлении недостатков межличностного поведения клиентов.

Виды групповой психокоррекции. Групповая психокоррекция имеет несколько разновидностей, основные из которых - группы тренинга умений, группы встреч, гештальт-группы, психодрама, группы телесной, танцевальной психокоррекции и группы коррекции искусством.

Индивидуальная и групповая психокоррекция имеют свои достоинства и недостатки. Достоинство индивидуальной психокоррекции - это то, что она обеспечивает конфиденциальность (тайну) выявления и исправления недостатков клиента и бывает по своему результату более глубокой, чем групповая. В ней все внимание психолога направлено только на одного человека. Индивидуальная психокоррекция удобна тем, что лучше раскрывает особенности клиента, снимает у него психологические барьеры, которые неизбежно возникают и с трудом преодолеваются в том случае, когда человеку приходится откровенно высказываться и вести себя в присутствии других людей. Но этот вид психокоррекции малоэффективен при решении проблем межличностного характера, для которых необходима работа в группе.

При групповой психокоррекции работают сразу со значительным числом людей, и она лучше помогает решать проблемы именно межперсонального характера. Но в групповой психокоррекции индивидуальные воздействия на каждого клиента бывают недостаточно глубокими.

Методы психокоррекции (см. Приложение № 2)

Выделяются две группы методов:

- Методы усиления регулирующих функций психики, развития эмоционального самоконтроля, улучшения психической саморегуляции;

- Методы нормативно-ценностной коррекции, объектами которой выступают нормативные комплексы, обуславливающие отказ от подчинения совместным принципам, целям, задачам деятельности.

Все методы психокоррекции направлены на выработку норм личностного поведения, межличностного взаимодействия, развитие способности гибко реагировать на ситуацию (быть лабильным), быстро перестраиваться в различных условиях и группах, т.е. это методы, направленные на социальную адаптацию.

Методы психокоррекционного воздействия:

- убеждение;
- внушение;
- подражание;
- подкрепление.

Симптоматические методы психокоррекции:

- аутогенная тренировка;
- метод условных рефлексов;
- оперантное научение (обуславливание);
- система патогенетической психотерапии.

Некоторые техники психокоррекции депрессии (см. Приложение № 2)

- Методика переориентации жизненных целей (авторская разработка Кучера А.А.).
- Упражнение: «Посмотреть на себя глазами того, кто тебя любит». Техника полезна для развития критериев самооценки, при состояниях депрессии, одиночества, самоуничижения.
- Техника: «Круги силы. Ресурсный и дискомфортный круг».

Некоторые методы психокоррекции агрессивности (см. Приложение № 2)

- Гипнотическая имагогика (авторская разработка Кучера А.А.)
- Упражнения «Путешествие на дно моря» по технологии гипнотической имагогики.
- Техника: «Шести шаговый рефрейминг».

Некоторые методы психокоррекции тревоги и фобических состояний (коррекция страха) (см. Приложение № 2)

- Для психокоррекции фобических состояний часто используют различные притчи. Притча является мощнейшим инструментарием при психокоррекции различных дезадаптивных состояний. Она помогает под другим ракурсом посмотреть человеку на его текущее состояние, переосмыслить его.
- Упражнение 1. «Вводное слово».
- Упражнение 2. «Рисуем страх».

Методы психокоррекции используемые прежде всего при поли и монофобиях. Поведенческие методы:

- Обуславливание противоречивых реакций.
- Непосредственное переучивание в реальной ситуации(поведенческое разучивание).
- Систематическая десенсибилизация.
- Моделирование - социальное научение.
- Викарное обуславливание (научение).
- Аверсивное обуславливание.
- Повторение нежелательных реакций.
- Погружение (имплозия, наводнение).
- Оперантное обуславливание (манипулирование подкреплениями).
- Скрытое обуславливание.
- Социальное познание.

Методы, используемые при любом дезадаптивном состоянии

Помогают расслабиться, справиться с беспокойством, тревогой, паническими атаками, бессонницей, мышечными болями, головными болями, проблемами желудочно-кишечного тракта, высоким давлением и т.д.

- Ресурсный транс.

- Аутогенная тренировка.

Релаксационный тренинг по Джекобсону.

Тренинговые занятия. Направлены на формирование умений и навыков управления собственным эмоциональным состоянием и поведением (*используется при групповой работе с дезадаптивными эмоциональными состояниями*).

Коррекция суицидальных тенденций и алкогольной зависимости (см. Приложение № 3)

Коррекция вытекает из причин, лежащих в основе дезадаптации, и поэтому ее нельзя свести к каким-то определенным методам и техникам вне контекста проблемы. При коррекции можно использовать методику:

Экспресс – методика овладения основами психической саморегуляции Кучера А.А. (коррекция суицидального поведения).

Путешествие к глубинному ядру алкогольной проблемы (коррекция алкогольной зависимости).

Используемая литература:

- 1 МКБ – 10;
- 2 Анастаси А. Психологическое тестирование: в 2 т. М, 1982
- 3 Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Справочник по психодиагностике. Киев, 1989
- 4 Гамез М.В., Герасимов В.С., Горелова Г.Г., Орлова Л.М. Возрастная психология: личность от молодости до старости. М: Ноосфера, 1999
- 5 Ганнушкин П.Б. Типологические модели психопатий/ Психология и психоанализ характера. Самара, 1997
- 6 Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев, 1984
- 7 Немов Р. С. Психология: Учебник для высших педагогических учебных заведений. М, 1995
- 8 Орлов Ю.М. Восхождение к индивидуальности. М, 1991
- 9 Практическая психодиагностика/Д.Я.Райгородский. М.: БАХРАХМ, 2000
- 10 Собчик Л.Н. Психодиагностика: методы и методология. М, 1990
- 11 Столяренко Л.Д. Основы психологии. Ростов-на-Дону: 2000
- 12 Флоренская Т.А. Диалог в практической психологии: Наука о душе. М: Владос, 2001
- 13 Кучер А.А. / Теория и практика психологической коррекции и реабилитации при посттравмическом стрессовом расстройстве. Уфа, 2002