

«выдуманных» реактивных прошлых и настоящих переживаний, позитивное решение которых возможно с помощью физиологически допустимых норм, психофизических методов (создаваемых стрессовых ситуаций), которые можно устранить (разрешить с помощью внутриличностного, межличностного, индивидуального, группового и глобального воздействия). В это же время у детей, переживших внутриутробные психотравмирующие ситуации, стереотипии, «попугайную речь», поведенческий и межличностный негативизм связаны с бессознательностью и целым рядом неумышленных (неинтенциональных) вербальных и невербальных раздражителей (сигналов) и их перцепциями (социальными, межличностными, коммуникативными), идеями, убеждениями, при которых пациент не идентифицируется.

В результате терапии происходят изменения на уровне психической реальности пациента. При этом изменяется субъективное в целом и объективно реальное, адекватное восприятие происходящего в окружающей среде, но не сама среда. Изменение восприятия внешней реальности является истинным опосредствованным результатом изменений в собственном (внутреннем) психическом мире. Это способствует изменению субъективного восприятия окружающих людей, событий, отношения к ним. Происходят позитивные поведенческие и личностные изменения, способствующие социальной, индивидуальной, межличностной перцепции.

УДК 616.89:316.6:159.9.07-036.82-053.2/5

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

ЗНАЧИМОСТЬ ДАННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ МЕДИКО- И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

В последнее десятилетие требования в диагностике тех или иных отклонений в психическом статусе больного широко используются данные клиническо-психологических, экспериментально-психологических, социально-психологических исследований. Существующие разнообразие психологические тесты и результаты полученных исследований, их интерпретация часто являются решающими в судьбе ребенка.

Практика показывает, что из-за ошибок при проведении психологического тестирования не всегда можно точно определить IQ — коэффициент интеллекта ребенка. Для получения объективных данных при тестировании на IQ необходима полная адаптация во времени, местности испытуемых больных, в т. ч. детей и их сопровождающих. Эти факторы значительно искажают показатели психологических тестов, хотя в привычных условиях больные, особенно дети, могут не отличаться от сверстников или даже опережать их по некоторым показателям.

Некоторые специалисты, не вникая в суть дела, «штампуют» данные предыдущих специалистов и ставят свои традиционные диагнозы: «умственная отсталость», «задержка психомоторного развития», «апатия», «аутизм», «расстройство поведения» и др.

Данные психологических обследований (IQ) не должны быть окончательным «объектом» в постановке или уточнении диагноза и дальнейшей судьбы ребенка, а их результаты должны быть индивидуальными в каждом случае.

Значительным вкладом в педагогическую психологию является используемое Л. С. Выготским (1935) понятие «зона ближайшего развития». Он отмечает, что текущий IQ ребенка мало что говорит о перспективах его дальнейшего обучения и умственного развития. По его мнению «зона ближайшего развития» — область не созревших, но созревающих «процессов». Задача, с которой ребенок в данное время, на данном уровне развития, не может справиться самостоятельно, однако способен решить с помощью взрослого. Это уровень, достигаемый ребенком в ходе совместной деятельности со взрослым.

С целью изучения этих проблем нами был обследован 781 больной в возрасте от 2 до 45 лет, в том числе мужчин 344 (44,04 %) и 437 (55,95 %) женщин. Диагноз «психической неполноценности, умственной отсталости» был установлен 82 (10,49 %) пациентам 26 психиатрами, 26 невропатологами, 3 сурдологами, 3 педиатрами, 18 педагогами-дефектологами и 6 воспитателями. У 70 (85,36 %) из 82 больных при специальном исследовании, проводившемся психиатром и психологом, этот диагноз был снят. Чаще всего диагноз «психической неполноценности» устанавливался детям и подросткам в возрасте от 5 до 15 лет. IQ не только отражает ответы на тесты, но и должен являться основанием для изучения логического, образного, математического, вербального (невербального) мышлений и др.

Меньшее IQ не означает пониженное IQ, а, наоборот, должно дать основание специалистам для поиска «скрытых, резервных возможностей» психических (когнитивных) процессов. С помощью целенаправленных мероприятий можно натренировать и повысить IQ у ребенка.

Осторожное использование такого диагностического понятия как «психическая неполноценность» — важное условие эффективной медико- и психосоциальной реабилитации пациентов и их ближайшего окружения.

УДК 616.851-055.52-036.82:616-052-053.2/5

Рахманов В. М., Рахманов Р. В.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного Совета»

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

В системе реабилитации детей главным фактором является работа с семьей, мобилизация ее потенциала в совместной работе с врачами. С этой целью следует начинать с семейного консультирования (СК) и семейной психотерапии (СП).

СК является одним из главных этапов СП, цель которой — ознакомление с семейными взаимоотношениями, проблемами членов (члена) семьи и выявление взаимосвязи болезни ребенка с этими проблемами. Проводят анализ ситуации, аспектов ролевого взаимоотношения-взаимодействия в семье для поиска элементов лечебного воздействия (ресурса) для дальнейшего проведения лечебно-реабилитационных мероприятий.

При этом проводится: а) первичный прием, устанавливается контакт с больными и членами семьи; б) ознакомление и сбор информации; в) выясняются терапевтический настрой и потенциал когнитивных, коммуникативных процессов больного и членов семьи; г) их вера в лечение и психофизические возможности, выполнение врачебных требований в совместной работе с больными детьми; д) обсуждение психотерапевтических, в целом лечебно-реабилитационных мероприятий, для каждого конкретного пациента.

Поведение родителей, членов семьи, близких, их отношение к больному ребенку оказывают значительное влияние на лечебно-реабилитационный процесс. При планировании и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо учитывать нарушения внутрисемейных отношений (конфликты, разводы), суицидальное поведение и др. неблагоприятные внутрисемейные обстоятельства.

В СП выделяют 4 этапа: 1) диагностический (семейный диагноз); 2) ликвидации семейного конфликта; 3) реконструктивный; 4) поддерживающий.

Психотерапевтические воздействия, часто применяемые в СП: а) преодоление дезадаптации, дезинтеграции в связи с психотравмирующей ситуацией, болезнью ребенка, в конкретных ситуациях между членами семьи; б) преодоление эмоциональной ломки, осознание своей ошибки и критика своего поведения; в) уважение к «противнику» и выявление позитивного в «противнике»; г) преодоление аффективного поведения и выработка «режима молчания»; д) умение слушать противника и других членов семьи; е) проигрывание ролей; ж) конфронтация; з) анализ собственных поведений, в т. ч. и аудиовизуальных записей и др.

В наших ранних исследованиях было выявлено, что после болезни ребенка у 84 % матерей и 18 % отцов появляются различные эмоционально-аффективные непсихотические расстройства. Если не принять меры по их устранению, то в дальнейшем возникает реальная возможность более тяжелого характера психосоматических заболеваний. Эти расстройства имеют и социальное значение, а именно: в 5,2—6,8 % таких семей происходит распад брака, в 11,0 % — наблюдается злоупотребление алкоголем, в 9,8—16,7 % имеет место отказ от ранее запланированного второго ребенка и т. д.

СП является одним из психотерапевтических методов, при котором осуществляется коррекция и устранение негативных межличностных отношений, эмоциональных перенапряжений отдельных членов семьи, оказание психолого-психотерапевтической помощи в устранении невротических и соматоформных (психосоматических) и других расстройств, наиболее выраженных у отдельных членов семьи.

С целью оказания помощи членам семьи, от которых зависит дальнейшая судьба больного, в т. ч. ребенка, в индивидуальном порядке следует подключить других специалистов и другие методы, в т. ч. сочетание СП с фармакотерапией.