

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

Добрянская А. Ю.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: ст. препод. Томашик Т. Е.

Актуальность. На сегодняшний день тревожные расстройства стали одной из самых распространенных групп психических расстройств. Диагностика уровня тревоги является актуальной как для оценки выраженности тревоги при уже установленном диагнозе тревожного расстройства, так и для скрининга среди пациентов с другими расстройствами.

Под термином «тревога» подразумевается неприятное эмоциональное состояние, которое характеризуется субъективными ощущениями напряжения, беспокойства, а также физиологическими изменениями в организме. Тревожность, в свою очередь, трактуется как устойчивая черта личности, предполагающая повышенную склонность человека испытывать состояние тревоги [2].

Цель: доказать необходимость оценки конструкта тревоги с помощью нескольких психодиагностических методик: объективных, субъективных и личностных [1].

Методы исследования.

- Миннесотский многофакторный личностный опросник MMPI;
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS;
- Шкала оценки тревоги HAM-A.

В исследовании участвовали 3 пациента отделения пограничных состояний УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» с диагнозом смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2).

Результаты и их обсуждение. Результаты.

Пациент 1, М, 40 лет. MMPI шкала 7 – 71 балл, является одной из ведущих шкал, HADS – 16 б. (клинически выраженная тревога), HAM-A – 24 б. (умеренно выраженная тревога).

Пациент 2, Ж, 42 года. MMPI шкала 7 – 74 балла, является одной из ведущих шкал, HADS – 12 б. (клинически выраженная тревога), HAM-A – 33 б. (значительно выраженная тревога).

Пациент 3, Ж, 16 лет. MMPI шкала 7 – 91 балл, является одной из ведущих шкал. HADS – 10 б. (субклинически выраженная тревога), HAM-A – 42 б. (значительно выраженная тревога).

У всех пациентов отмечено преобладание психических симптомов над соматическими по методике HAM-A.

В рамках нашего исследования удалось выявить, что субъективное восприятие уровня выраженности тревоги пациентом в сравнении с объективной оценкой уровня выраженности тревоги отличается.

Было выявлено 3 возможных варианта:

- Соответствующее (субъективное восприятие уровня выраженности тревоги соответствует объективному уровню выраженности) – пациент 2;

- Завышенное (субъективное восприятие уровня выраженности тревоги выше в сравнении с объективным уровнем выраженности) – пациент 1 (что может быть связано, например, с пессимистической оценкой своего состояния, что подтверждается высокими показателями по шкале депрессии ММРІ);

- Заниженное (субъективное восприятие уровня выраженности тревоги ниже в сравнении с объективным уровнем выраженности тревоги) – пациент 3 (что может быть связано с подростковым возрастом пациентки, со стабильно высоким уровнем ситуативной тревожности, приводящим к повышению порога восприятия своих ощущений, со своеобразием мышления (пик по шкале шизофрении ММРІ), что приводит к повышению значимости других более выраженных переживаний, чем просто чувство тревоги).

Выводы. Таким образом, в ходе исследования мы увидели, что каждая группа методик дает разную информацию. Объективные методики позволяют получить достоверную информацию о клиническом состоянии пациента за счет стандартизированного подхода к получению данных.

Субъективные методики проще в использовании, однако получаемая информация напрямую зависит от субъективного восприятия пациентом своего состояния. Полученная информация может быть искаженной, и должна сравниваться с данными, полученными другими методами.

Личностные методики, в частности ММРІ, позволяют оценить индивидуально-психологические особенности пациентов, что поможет врачу-специалисту составить более полную картину заболевания пациента с пониманием возможных механизмов ее развития.

Таким образом, мы можем говорить о том, что для использования в клинике оптимальна комбинация нескольких психодиагностических методов из разных групп, которая может помочь клиницисту точнее выставить диагноз и сформировать индивидуальный подход к психотерапевтическим мероприятиям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ассанович, М.А. Клинико-психологические методики оценки тревоги, депрессии, невротических состояний: практикум для студентов медико-психологического факультета и врачей / М.А. Ассанович. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – 120 с.

2. Нехорошкова, А.Н. Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления / А. Н. Нехорошкова, А.В. Грибанов, Ю. С. Джос // Экология человека. – 2014. – № 6. – С. 47–54.