

невротических расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Т. 2001. – 48 с.

5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М. 1988 г.
6. Райгородский Б.Д. Психологическая диагностика. М. 1998.
7. Салимова Н.Р. Кардио-церебральные расстройства у больных острым инфарктом миокарда и их динамика при применении антиангинальных препаратов. //автореф. дис. к.м.н. Т. 1991. – 20 с.

К особенностям графической деятельности в рисуночных пробах у подростков, больных шизофренией

Коваль-Зайцев А.А., Копнина О.Н.

Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия

Проблема оценки графической деятельности подростков с эндогенными психическими расстройствами (прежде всего больных шизофренией) всегда привлекала внимание специалистов разного профиля (педиатров, неврологов, психиатров, психологов). Акцент на своеобразии графической деятельности, диссоциации моторики и интеллекта у подростков с эндогенной психической патологией делали и психиатры, и психологи (Г.Е.Сухарева, Т.П.Симсон, М.Ш.Вроно, В.В.Ковалев, В.М.Башина, И.А.Козлова, В.В.Лебединский, Т.К.Мелешко и др.). При этом предыдущие патопсихологические исследования графической деятельности больных фокусировались в основном на проективном анализе рисунков (А.Л. Венгер, 2005; К. Маховер 2000; С.А. Болдырева, 1974); анализу графической составляющей посвящены всего несколько исследований (А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, 2009, 2010).

Качественный анализ и количественная оценка графической деятельности у подростков, больных шизофренией могут служить опорой для разработки своевременных диагностических методов для данного заболевания, а также оценки эффективности лечения, прогноза, наблюдения динамики течения болезни, организации подходящей психологической коррекции и обучения. Исследования графической деятельности могут внести существенный вклад в получение более полного представления о болезни в целом, и в частности помочь в квалификации особенностей нарушений развития у детей и подростков, больных шизофренией.

Цель исследования: оценка различий в графической деятельности подростков, больных шизофренией в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза, ведущего синдрома и возраста больного.

В исследовании принимали участие 39 подростков 11-14 лет, больных шизофренией, проходящих стационарное лечение в клинике НЦПЗ РАМН. Всем больным были выставлены диагнозы: шизотипическое расстройство неврозоподобный и психопатоподобный синдромы (F21.3, F21.4), шизотипическое расстройство личности (F21.8), шизофрения детский тип (F20.8). На основании ретроспективного анализа историй болезни был установлен возраст начала заболевания, который варьировался от 18 месяцев до 14 лет.

В исследовании использовались методики «Рисунок человека», «Рисунок семьи» (А.Л. Венгер, 2005); «Пиктограмма» (В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков, 2002) и «Срисовывание человека» (А.В. Семенович, 2008).

При интерпретации методик анализировались следующие параметры: положение рисунка на листе относительно вертикальной оси (сдвиг вправо, сдвиг влево и центральное положение). Качество линии — нажим (слабый, нормальный, сильный). Размер рисунка (маленький, средний, большой). Искажение форм фигуры (такие как квадратная голова, голова в форме «огурца», тело в форме шара). Особенности в изображении верхних конечностей (отсутствие рук, кистей, пальцев, руки-лопаты, руки-грабли и т.п.). Способ изображения — схематичный, пластичный или смешанный. Искажение пропорций фигур — непропорциональная фигура, туловище, голова, руки, ноги (например - большая голова и очень маленькое туловище, короткое туловище и очень длинные конечности). При анализе методики «срисовывание человека» анализировались качество линии (нажим), искажение пропорций, схемы тела и особенности изображения верхних конечностей. Для объективизации анализа рисунков был использован метод экспертных оценок. Независимые эксперты оценивали рисунки по параметрам, описанным выше, не зная, к какой группе принадлежит испытуемый. Математическая обработка данных проводилась с помощью точного критерия Фишера и критерия Манна-Уитни с использованием программы статистической обработки данных SPSS 17.

Результаты исследования: анализ рисунков испытуемых по выделенным параметрам проводился в зависимости от возраста начала заболевания, диагноза и ведущего синдрома. Оказалось, что подросткам с более ранней манифестацией заболевания характерно большее количество искажений формы фигуры и схемы тела образца для копирования, чем подросткам заболевшим позже (при $p < 0,05$). Более сильный нажим характерен для больных с меньшим возрастом начала заболевания (при $p < 0,01$). У подростков с более ранним началом болезни наблюдается тенденция к нестабильности размера, более

частому искажению пропорций фигур и нарушению в изображении верхних конечностей. Таким образом, можно говорить о значительном влиянии возраста начала заболевания на выраженность особенностей графической деятельности – чем раньше началось заболевание, тем более явные отклонения наблюдаются в графической деятельности. Полученные данные согласуются с имеющимися теориями о влиянии возраста начала заболевания на тяжесть шизофренического дефекта (В.В. Ковалев, 1985; М.Ш. Вроно, 1971; И.А. Козлова, 1987; J.R. Asarnow et al., 1999; Н. Е. Remschmidt et al., 1994). В связи с этим, есть потенциальная возможность использовать рисуночные методики в качестве вспомогательного метода для определения возраста начала заболевания.

При сравнении рисунков подростков, больных шизофренией в зависимости от выставленного диагноза оказалось, что сильный нажим более характерен для подростков с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4 тогда как подросткам с диагнозом F21.8 сильный нажим не характерен (при $p=0,05$). У подростков с диагнозами F20.8 и F21.3 уровень графической деятельности по способу изображения ниже, чем у подростков с диагнозом F21.4. Подросткам с диагнозом F21.8 искажения пропорций и форм фигуры характерны в значительно меньшей мере, чем подросткам с диагнозами F20.8 и F21.3, F21.4. У подростков с диагнозом F20.8 нарушения в изображении верхних конечностей наблюдаются в подавляющем большинстве случаев (при $p<0,01$). Для подростков с другими диагнозами нарушения в изображении верхних конечностей также характерны, но в меньшей степени. Таким образом, можно говорить о том, что наиболее значительные особенности в графической деятельности наблюдаются у подростков с диагнозом «шизофрения детский тип» (F20.8). Полученные данные согласуются с основными теориями о том, что болезненный процесс при шизотипическом расстройстве в целом менее прогрессивный и имеет более благоприятный прогноз (Г.Е. Сухарева, 1998; М.Ш. Вроно, 1986; И.А. Козлова, 1987; Н.М. Иовчук, А.А. Северный, Н.Б. Морозова, 2006).

Сравнение уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показало, что больным с невротоподобным синдромом более характерен сильный нажим, нежели больным с другими ведущими синдромами в рамках шизофрении. У подростков с психопатоподобным ведущим синдромом сильный нажим незначительно преобладает над нормальным. У подростков с аффективным ведущим синдромом нормальный нажим преобладает над сильным и в ряде случаев наблюдается слабый нажим. Таким образом, можно говорить о достаточно высоком уровне тревожности больных с

неврозоподобным синдромом в рамках шизофрении, который имеет значительное влияние на качество линий в рисунках. Эти данные могут быть использованы в качестве оценки текущего состояния больного, динамики болезни, для организации соответствующей терапии.

Выводы: анализ рисунков больных шизофренией показал, что подросткам с более ранним началом заболевания присуще большее количество искажений, более сильный нажим и, возможно, нестабильность размера, большее количество искажений пропорций и изображения верхних конечностей. Выявлено влияние диагноза на степени выраженности особенностей графической деятельности. Анализ уровня нажима у больных с различными ведущими синдромами показал, что подросткам с неврозоподобным синдромом сильный нажим значительно более характерен, чем подросткам с другими ведущими синдромами.

Опыт применения традиционных патопсихологических методик у больных детского возраста с нейрохирургической патологией

Лассан Л.П.

РГПУ им. А.И.Герцена, Санкт-Петербург, Россия

Применение традиционных патопсихологических методик при нейропсихологическом исследовании детей с различной нейрохирургической патологией является не только эффективным инструментом выявления когнитивных нарушений, но и позволяет решать задачи дифференциальной диагностики в практической медицине. Нами разработан новый способ дооперационной дифференциальной диагностики супратенториальных глиальных опухолей по нарушениям когнитивных функций [1].

Возможна дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей головного мозга при помощи позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), которая относится к методам функциональной нейровизуализации и позволяет оценивать опухоли с точки зрения их биологической активности [3, 4, 2]. ПЭТ дает возможность непосредственно наблюдать физиологические и биохимические изменения, отличающие опухоль от нормальной и измененной перитуморозным отеком ткани мозга, но вместе с тем не позволяет осуществить дифференциальную диагностику супратенториальных глиальных опухолей до операции. Основным способом диагностики гистологической структуры глиальных опухолей является исследование материала, полученного или путем открытого оперативного вмешательства, или пункционной биопсии.