



Программа  
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»  
Конференция XV  
**Актуальные проблемы психосоматики  
в общемедицинской практике**

**02 декабря 2015 года**  
Санкт-Петербург

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**  
Под общей редакцией  
акад. РАН Мазурова В.И.

**Министерство Здравоохранения Российской Федерации**  
**ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский**  
**университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России**  
Кафедра терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда  
Кафедра психологии и педагогики  
**Российская психотерапевтическая ассоциация**  
**Российское психологическое общество**  
**Ассоциация когнитивно-поведенческой терапии**

**Программа**  
**«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»**  
**Конференция XV**  
**Актуальные проблемы психосоматики**  
**в общемедицинской практике**

**02 декабря 2015 года**  
**Санкт-Петербург**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

Под общей редакцией  
акад. РАН Мазурова В.И.

Санкт-Петербург  
2015

УДК 616.89  
П 86  
ББК 65.14

Сборник научных статей

**Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике**,  
Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. – Вып. XV. / Под общей редакцией  
акад. РАН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2015. – 158 с.  
(Программа «Психосоматическая медицина»)

*Глубокоуважаемые коллеги!*

*Конференцией «Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике» мы продолжаем программу «Психосоматическая медицина», посвященную научным и практическим аспектам современной психосоматики.*

*Известно, что психосоматика родилась на стыке таких клинических дисциплин как психиатрия, терапия и медицинская психология. И хотя понятие «психосоматическая медицина» существует уже много лет, эта область знаний остается недостаточно изученной и освоенной. От психоаналитических взглядов основателей психосоматических представлений о группе определенных заболеваний это направление в медицине проделало путь к развитию психосоматического подхода, основанного в настоящее время на биопсихосоциальной парадигме понимания любого заболевания, важнейшей роли неразрывной связи человека в его болезни с социальной средой.*

*Психосоматическая медицина представляет собой первый шаг на пути преодоления дуализма психического и соматического. Дальнейший шаг – холистическая или интегративная медицина, которая не только определяет психосоматические связи и механизмы, но воспринимает человека целостно, без разобщения психического, телесного и социального.*

*Движению на пути развития такого холистического врачебного мышления могут, как мы надеемся, способствовать встречи и дискуссии специалистов разных клинических дисциплин на конференциях, систематически проводимых в рамках программы «Психосоматическая медицина».*

**ISBN 978-5-905498-40-4**

© В.А. Ташлыков, Д.В. Ковпак, 2015  
© Коллектив авторов, 2015  
© Оформление «Альта Астра», 2015

**КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ПРОГРАММЫ  
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»**

**Абабков Валентин Анатольевич** - д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии СПбГУ

**Алехин Анатолий Николаевич** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и психологической помощи РГПУ им. А.И. Герцена

**Александров Артур Александрович** - д.м.н., профессор кафедры психологии и педагогики ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Алексеев Борис Егорович** - д.м.н., профессор кафедры психотерапии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Барановский Андрей Юрьевич** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Ванчакова Нина Павловна** - д.м.н., профессор, зав. кафедрой психологии и педагогики ФПО ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова

**Вассерман Людвиг Иосифович** - д.м.н., профессор лаборатории клинической психологии СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

**Винокур Владимир Александрович** - д.м.н., профессор кафедры психологии и педагогики ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Лобзин Сергей Владимирович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Каменюкин А.Г.** - директор «Клиники лечения депрессий и фобий», Заместитель Председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

**Кашкарова Оксана Евгеньевна** - заместитель главного врача СПб ГБУЗ ГПБ №7 им. акад. И.П. Павлова

**Крылов Владимир Иванович** - д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова

**Кулаков Сергей Александрович** - д.м.н., профессор кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена

**Курпатов Владимир Иванович** - д.м.н., профессор, главный психотерапевт Комитета по Здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

**Назыров Равиль Каисович** - д.м.н., заместитель руководителя Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава России, Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА)

**Незванов Николай Григорьевич** - д.м.н., профессор, директор СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, главный психиатр Ленинградской области, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ПСПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова

**Палкин Юрий Рудиевич** - главный врач СПб ГБУЗ ГПБ №7 им. акад. И.П. Павлова

**Парцерняк Сергей Александрович** - д.м.н., профессор кафедры психиатрии ВМА им. С.М. Кирова

**Петрова Наталия Николаевна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии СПб ГУ, председатель Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга

**Решетова Татьяна Владимировна** - д.м.н., профессор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Софронов Александр Генрихович** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», главный психиатр Комитета по Здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга

**Соловьева Светлана Леонидовна** - д.п.н., профессор, заведующая кафедрой психологии и педагогики ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Симаненков Владимир Ильич** - заслуженный работник высшей школы РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и клинической фармакологии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Точилев Владимир Антонович** - д.м.н., профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Чутко Леонид Семенович** - д.м.н., профессор, заведующий центром коррекции нарушений внимания и поведения Института мозга человека РАН

**Федоров Александр Петрович** - д.м.н., профессор кафедры психотерапии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

**Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич** - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

*Председатель организационного комитета:*

**Мазуров В.И.** - Проректор по клинической работе ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», заслуженный деятель науки РФ, акад. РАН, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», главный терапевт Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

*Заместитель председателя организационного комитета:*

**Ташлыков В.А.** - д.м.н., профессор кафедры терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

*Ответственный секретарь организационного комитета:*

**Ковпак Д.В.** - к.м.н., доцент кафедры психологии и педагогики ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Председатель Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

*Члены организационного комитета:*

**Палкин Ю.Р.** - главный врач СПб ГБУЗ ГПБ №7 им. акад. И.П. Павлова

**Ковпак А.И.** - медицинский психолог центра эмоциональной коррекции

**Ерухимович Ю.А.** - врач психотерапевт «Клиники лечения депрессий и фобий»

## РОЛЬ СОЗАВИСИМОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Аббасов В.А., Зобнев В.М., Сергуничева Н.А.**

*СПбГУ, факультет психологии, Санкт-Петербург*

Проблема созависимости является актуальной, поскольку число разных видов зависимости остается высоким, а зависимый человек чаще всего живет в родительской или собственной семье. Зависимость одного из членов семьи неизбежно нарушает семейные взаимоотношения. Члены семьи оказываются вовлеченными в проблему зависимого близкого и, таким образом, становятся созависимыми.

Термин «созависимость» возник в конце 70-х годов XX века. Первоначально термин использовался в отношении лиц, чья жизнь была нарушена по причине вовлеченности во взаимоотношения с близкими, злоупотребляющими психоактивными веществами (ПАВ). Со временем определение созависимости существенно расширилось. Исследования механизмов и особенностей химической зависимости, исследования влияния зависимости на индивида и его семью, влияния семьи на химически зависимого индивида, исследования других форм зависимого и компульсивного поведения (булимия, зависимость от азартных игр, сексуальные аддикции) способствовали расширению определения созависимости. Вследствие этого все большие группы людей стали попадать под определение созависимости: взрослые дети алкоголиков, люди, находящиеся в тесных взаимосвязях с психически больными и хронически больными людьми, родители детей с поведенческими проблемами, люди помогающих профессией. Единого подхода к этиологии созависимости не существует. Некоторые авторы рассматривают созависимость как набор первичных характеристик личности, считая их следствием воспитания, опыта,

приобретенного в первичной семье (Subby R., 1984; Cermak T.L., 1990; Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж., 2002). Другие рассматривают созависимость как характеристики личности, приобретенные вследствие сосуществования с дисфункциональным членом семьи (Битти М., 1997 и др.).

Созависимые люди постоянно находятся в стрессовой ситуации, которая оставляет след, как в психической, так и в соматической сфере. Созависимость является фактором риска развития соматических и психических заболеваний, может провоцировать рецидив у зависимого или психически больного человека (Woititz J., 1983; Москаленко В.Д., 2002). Понимание механизмов и особенностей созависимого поведения играет важную роль в профилактике и коррекции аддиктивного поведения (Куница М.Ю., 2006). Достаточно часто, низкую эффективность лечения алкогольной или наркотической зависимости связывают со средой, в которую вновь возвращается аддикт. Деструктивная среда может способствовать рецидиву. Формирование полноценной ремиссии во многом зависит от ситуационных, в частности семейных факторов.

**Целью исследования** являлось изучение на современном отечественном материале клинико-психологических особенностей женщин, созависимых от члена семьи (супруга, детей, родителей), злоупотребляющего ПАВ: наркотическими веществами и алкоголем. В исследовании также изучалась взаимосвязь между выраженностью созависимого поведения и рядом клинико-психологических особенностей.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 140 женщин в возрасте от 21 до 60 лет. Средний возраст выборки составил 40 лет при стандартном отклонении 11,65. Критериями включения в исследование явились: пол (женский), возраст (от 21 до 60 лет), наличие опыта общения с партнером или членом семьи, злоупотребляющим ПАВ. Женщины были разделены на две группы: основную и контрольную. Численность основной группы составила 80 женщин (созависимые), контрольной группы – 60 (отсутствие зависимых членов семьи).

К клинико-психологическим особенностям были отнесены: индивидуально-психологические и социально-демографические характеристики женщин, уровень выраженности созависимого поведения, уровень выраженности невротической симптоматики, стратегии совладающего поведения, психическое здоровье. В исследовании применялось клинико-психологическое интервью, направленное на изучение индивидуально-психологических и социально-демографических характеристик, а также известные клиническим психологам нашей страны экспериментально-психологические методики: «шкала созависимости», оценки выраженности симптоматики – SCL-90-R, «уровень невротизации», «стратегии совладающего поведения», «психическое здоровье».

В исследовании применялись следующие математические методы: анализ частот, критерий  $\chi^2$  Пирсона, критерий U-Манна – Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

**Результаты.** В результате анализа клинико-психологического интервью женщин основной и контрольной групп, были обнаружены статистически достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) по нескольким параметрам. В семейном анамнезе женщин, состоящих в отношениях с членом семьи, злоупотребляющим ПАВ, чаще встречаются случаи неврозов среди близких родственников – 22,1% ( $p=0,020$ ), чем среди женщин, не состоящих в созависимых отношениях. В семейном анамнезе созависимых женщин также чаще встречаются случаи алкоголизации – 66,7% ( $p=0,0001$ ) и наркотизации – 9,1% ( $p=0,018$ ) среди близких родственников. Созависимые женщины чаще сообщают о негативных воспоминаниях детского возраста – 29,5% ( $p=0,003$ ), а также о наличии психических травм – 50,0% ( $p=0,0001$ ) и частых стрессовых событиях в детском возрасте – 79,6% ( $p=0,0001$ ) и, вследствие этого, чаще оценивают условия своего воспитания как негативные – 42,5% ( $p=0,0001$ ). В подростковом возрасте для созависимых женщин более характерны суицидальные тенденции – 18,8% ( $p=0,011$ ). Женщины с созависимыми моделями поведения достоверно чаще встречались с насилием – 77,9% ( $p=0,0001$ ), в разных формах: эмоциональным – 69,3% ( $p=0,0001$ ), физическим – 52,0% ( $p=0,0001$ ), сексуальным – 30,7% ( $p=0,0001$ ).

Анализ выраженности симптоматики невротического уровня позволил выявить различия между женщинами основной и контрольной групп. Статистически достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) получены по следующим показателям: соматизация ( $p=0,012$ ), обсессивность-компульсивность ( $p=0,0001$ ), межличностная тревожность ( $p=0,0001$ ), депрессия ( $p=0,0001$ ), тревожность ( $p=0,0001$ ), враждебность ( $p=0,0001$ ), фобическая тревожность ( $p=0,001$ ), паранойяльные тенденции ( $p=0,0001$ ), психотизм ( $p=0,0001$ ), индекс выраженности дистресса ( $p=0,008$ ), индекс тяжести симптомов ( $p=0,0001$ ) и индекс проявления симптоматики ( $p=0,0001$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины основной группы демонстрируют высокую выраженность симптоматики невротического уровня. Также женщины, состоящие в созависимых отношениях, в отличие от женщин контрольной группы статистически значимо различались по уровню выраженности невротизации ( $p=0,015$ ).

Женщины основной и контрольной групп статистически достоверно различались по следующим копинг-стратегиям: «дистанцирование» ( $p=0,026$ ), «бегство-избегание» ( $p=0,043$ ), «положительная переоценка» ( $p=0,046$ ), «поиск социальной поддержки» ( $p=0,001$ ) и «конфронтация» ( $p=0,0001$ ). Обнаруженные различия позволяют говорить о том, что созависимые женщины чаще прибегают к использованию таких

стратегий совладающего поведения как «поиск социальной поддержки», «конфронтация», «дистанцирование», «бегство-избегание», «положительная переоценка», чем женщины контрольной группы.

Навысоком уровне статистической значимости ( $p=0,007$ ) были обнаружены различия по психологическому показателю «Психическое здоровье» между группами. У созависимых женщин регистрировались более выраженные признаки психического нездоровья.

Сравнение основной и контрольной групп по показателю выраженности созависимого поведения показало различие на очень высоком уровне статистической значимости ( $p=0,0001$ ). Женщины основной группы демонстрировали выраженное созависимое поведение в отличие от женщин контрольной группы, что указывает на объективность формирования групп сравнения.

В результате корреляционного анализа, который был направлен на изучение характера взаимосвязи между выраженностью созависимого поведения и рядом показателей, используемых в исследовании методик, были получены следующие результаты. Обнаружена положительная корреляция между выраженностью созависимого поведения и следующими шкалами опросника SCL-90-R: соматизация ( $r=0,461$ ;  $p\leq 0,01$ ), обсессивность-компульсивность ( $r=0,486$ ;  $p\leq 0,01$ ), межличностная тревожность ( $r=0,491$ ;  $p\leq 0,01$ ), депрессивность ( $r=0,625$ ;  $p\leq 0,01$ ), тревожность ( $r=0,437$ ;  $p\leq 0,01$ ), психотизм – как психологический конструкт ( $r=0,408$ ;  $p\leq 0,05$ ), индекс проявления симптоматики ( $r=0,569$ ;  $p\leq 0,01$ ). Опираясь на результаты корреляционного анализа, можно сделать вывод: чем больше выражено созависимое поведение, тем больше выражена симптоматика невротического уровня.

Статистически значимая корреляция получена между выраженностью созависимого поведения и копинг-стратегиями: «бегство-избегание» ( $r=0,373$ ;  $p\leq 0,01$ ), «принятие ответственности» ( $r=0,408$ ;  $p\leq 0,05$ ) в группе женщин, состоящих в созависимых отношениях. Можно предположить, что чем больше выражено созависимое поведение, тем вероятнее будут использоваться копинг-стратегии «бегство-избегание» и «принятие ответственности» и наоборот, чем ниже выраженность созависимого поведения, тем менее вероятно использование данных копинг-стратегий. Полученный результат свидетельствует о наличии взаимосвязи созависимого поведения с менее эффективными копинг-стратегиями.

Обнаружена взаимосвязь между показателями уровня выраженности созависимого поведения и показателем «психическое здоровье» ( $r=0,352$ ;  $p\leq 0,05$ ) у женщин основной группы. Это свидетельствует о том, что чем больше выражено созависимое поведение, тем больше выражено психическое нездоровье у женщин, состоящих в созависимых отношениях.

**Заключение.** Проведенное исследование показывает, что женщины, состоящие в созависимых отношениях, демонстрируют высокий уровень психопатологической симптоматики, выраженные соматические нарушения, которые отражают длительное и интенсивное воздействие дистресса. Невнимательность к собственным потребностям и недугам, низкая медицинская активность, депрессия, страхи и тревожность, использование неадаптивных способов преодоления трудностей – этих особенностей, сопровождающих созависимое поведение, достаточно, чтобы говорить о том, что такие женщины относятся к группе риска. В связи с этим проблема созависимого поведения требует особого внимания. Необходима непосредственная помощь тем людям, чья жизнь претерпела ряд серьезных изменений в связи с зависимостью у близкого. Необходима разработка психопрофилактических мероприятий, направленных на предупреждение созависимого поведения и психокоррекционных программ, целью которых станет коррекция системы отношений и повышение качества жизни людей, столкнувшихся с зависимостью одного из членов семьи. Психокоррекционные мероприятия, проводимые с членами семьи аддикта, могут также способствовать стабилизации ремиссии у зависимого близкого.

#### Литература:

1. Битти М. Алкоголик в семье или преодоление созависимости / Пер. с англ. – М: Физкультура и спорт, 1997.
2. Куница М.Ю. Психологическая помощь созависимой личности из деструктивной семьи. Автореф. дис... канд. психол. наук. – Ставрополь, 2006.
3. Москаленко В.Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании (пособие для врачей, психотерапевтов и родственников больных). – М: «Анахарсис», 2002.
4. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. У. Освобождение от созависимости / Перевод с английского А.Г. Чеславской – М.: Независимая фирма «Класс», 2002.
5. Cermak T.L. The co-dependence puzzle: How to solve it. Training workshop presented at the First Annual Mid-Atlantic Addiction Training Institute, April 6, 1990, Pittsburgh, PA. – p.34–45.
6. Subby R. Inside the chemically dependent marriage: Denial and manipulation. In Co-dependency: An emerging issue Pampano Beach. FL: Health Communications, 1984. – p. 25-29.
7. Woititz J.G. Adult Children of Alcoholics. Pompano Beach, FL: Health Communications, 1983.

## БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Агеева И.В.

*Московский институт психоанализа, Москва*

В середине 20 века начало развиваться психосоматическое направление в медицине и формироваться психосоматический подход к диагностике и терапии многих болезней.

В современном представлении психосоматика – это телесное отражение душевной жизни человека, причем как телесное проявление эмоций, так и «зеркало» бессознательных психологических процессов.

В этом контексте тело представляется как своего рода экран, на который проецируются символические послания психики. Экран, на котором все «тайное» психическое становится «явным» соматическим. Через телесные проявления психологических проблем можно прийти до глубин души человека, разгадать истинный смысл симптома болезни, а поняв язык тела больного, узнать историю органа, который «говорит на символическом языке болезни» и выбрать наиболее оптимальный путь к его выздоровлению.

Арсенал психосоматических заболеваний, с годами неуклонно расширяется. В последние десятилетия психосоматика захватила и сферу репродуктивного здоровья, породив не только медицинские, но и психосоциальные и демографические проблемы.

Тело женщины может поведать о многом, происходящим не только в ее личной жизни и здоровье, но и в ее семейном и социальном окружении. И женщины, в отличие от мужчин порой способны к изощренному и парадоксальному «бессознательному использованию своего тела», потому что среди важнейших жизненных событий есть такие, которые происходят только с женщинами, и одно из этих событий – беременность

Насколько женщина психологически готова к этим изменениям можно «прочитать на языке ее тела».

Как известно, жизнь женщины циклична, и эта цикличность наиболее четко проявляется в ее репродуктивном здоровье.

Здоровье, по определению ВОЗ, это не только отсутствие недугов и болезней, но это – состояние физического, психического, семейного и социального благополучия.

Однако именно репродуктивное здоровье родителей закладывает базу для будущего общего здоровья человека.

Репродуктивное здоровье подразумевает не только отсутствие заболеваний репродуктивной сферы, но и способность человека к созданию гармоничных партнерских отношений, полноценное переживание сексуальной жизни и способность к деторождению соответственно репродуктивному возрасту.

Таким образом, репродуктивно здорова та женщина, которая находится в ладу со своей зрелой женственностью и принимает материнство и те закономерные циклические изменения, которые происходят не только в течение месяца, но и всей последующей жизни.

И женское тело, как экран, как нельзя лучше отражает всю гамму переживаний, связанных с этими изменениями в виде тех или иных соматических симптомов и заболеваний репродуктивной сферы.

Психологический портрет женщин, страдающих нарушениями репродуктивной системы весьма разнообразен. Объяснить психосоматические гинекологические заболевания, бесплодие и репродуктивные потери с позиции психоанализа либо других отдельно взятых направлений психологии и психотерапии не возможно.

В последние десятилетия в психологии выделилось самостоятельное направление – перинатальная психология, составной частью перинатальной психологии является психология репродуктивной сферы, изучающая психологические особенности формирования и реализации репродуктивной функции мужчин и женщин.

Репродуктивную психосоматику в этой связи можно выделить как отдельное звено, изучающее не только взаимосвязи психических и телесных составляющих репродуктивного здоровья, но и те механизмы, лежащие в основе базовых психологических конфликтов, следствием которых и являются психосоматические заболевания репродуктивной сферы.

Однако репродуктивная психосоматика в отличие от общей психосоматики имеет ряд принципиальных отличий, что и обуславливает сложности в диагностике и терапии заболеваний репродуктивной системы.

Чтобы понять последовательность психотерапевтического сопровождения в репродуктивном пространстве необходимо рассмотреть всю гамму психосоматических проявлений в сфере женского здоровья, которые порой разнолики и многообразны.

Но, не смотря на разноликий репродуктивный психосоматический портрет, в основе базового психологического конфликта лежит конфликт гендерно-ролевой идентичности, проявляющийся в психологической неготовности к созданию гармоничных гетеросексуальных партнерских отношений, принятия беременности и материнства.



И в этом случае, психосоматические заболевания можно рассматривать не только как маркеры психологического конфликта, но и как психосоматические защиты от этого конфликта.

Каким же образом реализуется репродуктивная система?

Являясь биологической, она представляет собой взаимосвязь физиологических, телесных и психических механизмов, объединенных для реализации задач репродукции, где ведущим звеном является психика.

К соматической составляющей женской репродуктивной системы можно отнести как само тело женщины, так и соответственно, ее внутренние и наружные половые органы и молочные железы. Репродуктивная система тесно связана с общей гомеостатической системой человека.

Инструментами реализации психологического конфликта являются телесная и физиологическая составляющие.

Таким образом, рассмотрев репродуктивное здоровье как целостную психосоматическую организацию, а тело, как экран, можно определить последовательные роли, стратегии и способы реализации через тело базового психологического конфликта – конфликта гендерно-ролевой идентичности.

А оценив стратегическую модель и определив орган-мишень можно не только выявить уровень конфликта, но и определиться с психосоматической тактикой здоровья.

Репродуктивной системе можно делегировать следующие психологические роли:

1. Быть женщиной (роль привлекательна, либо не привлекательна)
2. Быть матерью (роль желанна либо обременительна)
3. Быть и женщиной и матерью (роль привлекательна и желанна, либо обременительна и даже опасна)

Если женщина принимает своевременно данные роли и получает от них удовлетворение, ее репродуктивная система, как правило, не подвержена каким-либо хроническим заболеваниям либо опухолевым процессам, и ее жизненный и возрастной период не находится в фокусе базового психологического конфликта. И можно предположить, что в данный период женщина находится в гармонии и со своим телом, и со своей душой, и следовательно она здорова.

Однако если какая либо из ролей не принимается, несет опасность женской идентичности, не привлекательна, тяжела, либо ее реализация не своевременна и не вписывается в личные жизненные планы, то в арсенале репродуктивной системы существует целый набор стратегических направлений и способов избегания данных ролевых позиций. И в этой си-

туации страдания тела через болезни репродуктивной системы становятся теми бессознательными психосоматическими защитами, которые помогают избежать, возможно, более тяжелого и не переносимого страдания души.

Роль – быть женщиной:

Стратегия – Быть зрелой женщиной хорошо.

Как правило, гетеросексуальные партнерские отношения. Сексуальная сфера не страдает. Урогенитальные инфекции возникают редко. Болевые синдромы тазовой области отсутствуют. Менструальный цикл стабильный.

Стратегия – Быть зрелой женщиной плохо (тяжело, страшно, опасно).

Способы реализации: хронические, рецидивирующие вирусно-бактериальные урогенитальные инфекции, хронический зуд «не ясной этиологии», другие заболевания, требующие длительного лечения и избегания половых контактов.

Стратегия – Не быть зрелой женщиной:

- модель «Если я не зрелая взрослая женщина, то я еще девочка – комплекс «Красной Шапочки», «Спящей Красавицы»

Способы реализации: генитальный инфантилизм, аменорея (гипогонадотропная), олигоменорея, коитофобия, диспареуния, бесплодие.

- модель «Если я не зрелая женщина, то я вечная девушка»

а) – комплекс Артемиды.

Способы реализации: аменорея (нормогонадотропная), коитофобия, вагинизм, бесплодие.

б) – комплекс Кору (Персефоны).

Способы реализации: дисменорея и аменорея, ДМК, вагинизм, высокий риск венерических заболеваний, бесплодие трубно-перитонеального фактора, нарушение пищевого поведения (анорексия – булимия).

Стратегия – Быть зрелой женщиной не интересно:

- модель «Если я не женщина, то кто я? Я – мужчина».

Способы реализации: СПКЯ, АГС, бесплодие и невынашивание беременности эндокринного генеза, доброкачественные опухоли яичников (эндометриомы, зрелые тератомы).

- модель «Если я не зрелая женщина, то я взрослая женщина-девушка»

а) комплекс Амазонки, б) комплекс Гестии (Весты).

Не редко это женщины, сохранившие свою девственность или находящиеся в гомосексуальных отношениях. Если у таких женщин не было опыта не удовлетворительных гетеросексуальных отношений,

они могут быть гинекологически здоровыми, и даже принимать материнскую роль.

Но если же сексуальный опыт был психотравмирующим, то разворачивается модель «зрелой женщиной быть унижительно, постыдно и опасно»

Способы реализации: хронические, изнуряющие психику уро-генитальные инфекции, тяжелые заболевания шейки матки и молочных желез, хронические воспалительные и опухолевые заболевания придатков матки с болевым синдромом, преждевременная недостаточность функции яичников.

Роль – быть матерью

Стратегия – матерью быть хорошо. Материнская роль привлекательна и желанна. Беременность наступает быстро, протекает без осложнений, осложнений в родах и послеродовом периоде не отмечается. Кормление грудью без затруднений.

Стратегия – матерью быть тяжело или опасно.

Способы реализации: воспалительные заболевания шейки матки и цервикального канала, цервикальный фактор бесплодия, эндометрит, аденомиоз, трубный фактор бесплодия.

Стратегия – матерью быть хочется, но нет внутренних и внешних ресурсов для вынашивания и воспитания ребенка.

Способы реализации: миома матки, полипы эндометрия, урогенитальные инфекции, обостряющиеся в период овуляции, овуляторный синдром, и другие состояния, вынуждающие женщину избегать половой близости в период возможного зачатия, дисгормональные заболевания молочных желез, нарушение пищевого поведения (булимия, компульсивное переедание).

Стратегия – материнская роль не привлекательна, не интересна, ребенок как обуза.

Способы реализации: рецидивирующий генитальный герпес, наружный генитальный эндометриоз, бесплодие неясного генеза (комплекс Афины, или бесплодие деловых женщин).

Роль быть и женщиной и матерью

Стратегия – быть зрелой женщиной и матерью привлекательно и приятно. Такие женщины репродуктивно здоровы.

Стратегия – женщиной быть приятно и привлекательно, но материнская роль не приятна (не интересна, утомительна, преждевременна).

Способы реализации: воспалительные заболевания маточных труб и матки, приводящие к бесплодию, гипофункция яичников (НЛФ, ЛЮФ-синдром)

Стратегия – матерью быть опасно.

Способы реализации: внематочная беременность, выскабливания полости матки, приводящие к нарушению базального слоя эндометрия, внутриматочные синехии.

Стратегия – матерью быть хорошо, но зрелая женственность утомляет, пугает, налагает дополнительные обязательства.

Такие стратегические модели часто реализуются среди женщин с нарушенной гендерной идентичностью – женщин-Артемид и женщин-Амазонок. Преодолев конфликт партнерских отношений, после чего достаточно часто преодолеваются и гинекологические страдания, такие женщины могут забеременеть самостоятельно, либо обращаются в клиники ВРТ, рожают детей и становятся достаточно преданными матерями для своих детей, но чаще при этом выбирают путь матерей-одиночек.

Стратегия – страшно быть и зрелой женщиной, но еще более опасно быть матерью. Наиболее драматическая и тяжелая стратегическая модель.

Способ реализации: заболевания, приводящие к экстирпации матки с придатками, онкологические заболевания репродуктивной сферы.

Стратегия – женщиной быть привлекательно и желанно, материнская роль интересна, но в то же время, несет неизвестность будущего.

Способ реализации: бесплодие неясного генеза, или психогенное бесплодие.

Для таких женщин материнство не только жизненный этап, но чаще кризис инициации. Как правило, в этой ситуации медицинские возможности, включая ЭКО, не приводят к положительному результату. Единственный путь этих женщин – путь глубинной психотерапии.

Таким образом, рассмотрев репродуктивную систему через призму причинно-следственных психосоматических связей, можно определить не только уровень конфликта, но и выстроить последовательные перспективы психосоматической терапии.

Данный психосоматический подход даст возможность женщине преодолеть болезнь, изменить качество жизни, наполнив его радостью семейных и сексуальных отношений, переживанием беременности не только как физиологического, либо драматического, но и творческого процесса.

В результате приобретенного опыта, женщина научится понимать язык своего тела и прислушиваться к нему. Эти знания помогут ей не только целенаправленно планировать свою жизнь, но и избежать тех бессознательных психологических ловушек, вовлекающих тело в череду длительных и истощающих репродуктивных расстройств.

### Литература

1. Агеева И.В. Интегративный подход в психотерапии функционального бесплодия. Символдрама, 2011, № 2-4 (7), с. 65-75
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., Гэотар Медицина, 1999
3. Захарова Е.И., Полежаева Е.А. Психологическая работа с супружескими парами при бесплодии. Перинатальная психология и психология родительства, 2009 № 1, с. 92 – 103
4. Обухов Я.Л. Символдрама и современный психоанализ. Х. «Регион – информ», 1999
5. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. С-П, Б.С.К., 1998
6. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия. М., «Класс», 2007
7. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. Р-н-Д, Феникс, 2013
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М., Изд-во Института Психотерапии, 2002
9. Филиппова Г.Г. Психологическая адаптация к беременности и родительству в супружеских парах с бесплодием и невынашиванием в анамнезе. Перинатальная психология и психология родительства. 2009 № 4, с. 102 – 107
10. Холлис Д. Сотвори свою жизнь. М., «Класс», 2006
11. Эльячефф К., Эйниш Н. Дочки – матери. 3-й лишний? М. «Институт Общегуманитарных Исследований», 2006

## ОСОБЕННОСТИ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ

**Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
г. Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность:** депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации. Депрессия у детей и подростков трудно распознаваема из-за обилия соматических масок и поведенческих нарушений, которые выступают на первый план в клинической картине. По данным ряда авторов, только 27% детей с

депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами[1]. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию[2]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста[3]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением [4]. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие нарушения и реакции[5].

**Цель исследования:** изучить клинико-психопатологические и психологические особенности маскированных депрессий у подростков, проявляющимися поведенческими нарушениями, формирующиеся на фоне депрессивных расстройств с целью улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

**Материалы и методы:** в ходе работы были обследованы 30 подростков в возрасте от 12 до 15 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

**Результаты и обсуждение:** при оценке выраженности депрессивных расстройств тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (6 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 18 мальчиков и 12 девочек. У мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев (1 больной) диагностирована депрессия средней степени тяжести. Среди девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 83% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. У большей части пациентов не наблюдались классические симптомы депрессивного синдрома, чаще всего проявлялись соматовегетативные расстройства как нарушения пищеварения, бессонница, зуд, головные боли, замедленная моторика, плаксивость, отсутствие интересов, печальный облик. 12% пациентов предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. Также в формировании депрессивной симптоматики были

выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 70% случаев (21 пациент) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В зависимости от преобладания тех или иных симптомов депрессии у обследованных подростков, все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией – 33% (n=10), тревожной депрессией – 50% (n=15), маскированной депрессией – 17% (n=5). Дисфорическая депрессия встречалась в 80% случаев у мальчиков, маскированная форма депрессии была выявлена только у девочек. У больных с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния, при отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, и появились суицидальные мысли. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побег из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков. Аддиктивное поведение, возникающее на фоне эмоциональных расстройств в 85% случаев было зарегистрировано у мальчиков, для девочек характерным было возникновение недовольства своим телом и при длительном сохранении депрессивной симптоматики развивались расстройства пищевого поведения в виде анорексии. Клиника нервной анорексии ограничивалась симптомами инициального периода, среди эмоциональных расстройств отмечались: аффективная возбудимость, тревога, депрессия, фобические расстройства. В большинстве случаев в преморбиде у больных не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. При использовании теста Люшера больные не могут опираться на самооценку своего состояния, что позволяет определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 15% случаев (5 больных) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфоричес-

кой депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвыситься и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного поведения. В ряде случаев у 20 больных (67%) выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 17% случаев напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось в расстройстве пищевого поведения и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей. У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и социальных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, злоупотребление спиртным, поведенческие нарушения девиантного и делинквентного регистра.

**Заключение:** по результатам исследования было выявлено, что у подростков чаще наблюдаются легкие депрессивные расстройства и депрессия средней степени тяжести. Депрессивные расстройства влияют на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводит к появлению опасных для жизни подростка состояний. У мальчиков в большинстве случаев выявляется дисфорическая депрессия, сопровождающаяся уходами из дома, присоединением к асоциальным компаниям, злоупотреблением спиртными напитками, у девочек чаще выявляется тревожная и маскированная депрессия средней степени тяжести. Для девочек характерным было возникновение расстройства пищевого поведения на фоне аффективных расстройств. Учитывая, что депрессивные расстройства протекают с нарушениями поведения, влияющими на социально-педагогическую адаптацию, то необходимо более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового возраста. Полученные результаты позволяют проводить эффективный курс лечения депрессивных расстройств и осуществлять дифференцированный выбор метода психотерапевтического воздействия для коррекции поведенческих расстройств.

### Литература

1. Горюнов А.В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков. Автореферат дис. канд. мед наук. М.: 2002.

2. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. – СПб. Питер, 2004 г.
3. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. – М, 2000 г.
4. Иовчук Н.М., Северный А.А., Особенности подростковой депрессии. – М. 1999 г
5. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994.

### ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АЛЕКСИТИМИИ

**Бартош Т.П.**

*Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН,  
группа психофизиологии, г. Магадан*

В подростковом возрасте могут развиваться такие два психологических феномена, как акцентуации характера и алекситимия в структуре личности, которые в системе других факторов риска могут служить преморбидным фоном развития пограничных психических расстройств, развития аддикции, соматических и психосоциальных проявлений неблагополучия [3-4]. Акцентуации характера не всегда заметны окружающим, встречаются до 50-80% лиц и со временем могут компенсироваться [3]. Лица с акцентуациями имеют избирательную уязвимость, «место наименьшего сопротивления» при воздействии различных психогенных факторов и могут являться благоприятной почвой для развития депрессий и психогений [1, 3].

Алекситимия, как личностный конструкт, характеризуется трудностями в различении и описании эмоциональных переживаний как у себя, так и у других людей. Встречается у практически здоровых лиц различных возрастных групп, чаще выявляется у лиц мужского пола [5]. Большинство исследователей считают алекситимию первичной личностной характеристикой по отношению к тревоге и депрессии, повышающей риск их развития под влиянием стресса [2, 4-5]. Межличностные связи этих людей часто ограничены и ригидны, имеют тенденцию к патологической зависимости или избеганию общения с другими людьми. Алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска, который может в определенной мере связан с другими личностными характеристиками [2].

**Цель исследования** – изучение особенностей акцентуаций характера у мальчиков-подростков в зависимости от уровня алекситимии.

Нами было обследовано 80 мальчиков 13-14 лет, обучающихся в гимназиях №1 и №13, родившихся и проживающих в г. Магадане. Для оценки алекситимии использовали адаптированную в Психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева шкалу Торонто (TAS-26). В ходе исследования школьники были разделены на 3 группы в соответствии с показателем выраженности алекситимии: 1 группа – алекситимический тип личности – 74 балла и выше (25 мальчиков); 2 группа – 63-73 балла – переходный тип (27 мальчиков); 3 группа – неалекситимический тип личности – 62 балла и ниже (28 мальчиков). Для определения типов акцентуаций характера применялся характерологический опросник К. Леонгарда – Г. Смишека. Опросник содержит 88 вопросов по 10 шкалам, диагностирующих типы акцентуаций. Если набрано 18 и более баллов, черта считалась акцентуированной. Обработка полученных данных проводилась стандартными методами с помощью программы “Statistica for Windows 6.0”.

Анализ данных показал у 31% обследуемых подростков алекситимические признаки. Алекситимических черт не выявлено у 35% учеников, остальные 34% были отнесены к переходному типу. Исследование акцентуаций характера показало, что у мальчиков с алекситимическими чертами более выражены ( $p < 0,05$ ), чем у сверстников неалекситимиков, черты дистимического и экзальтированного типов. Они характеризуются склонностью к пониженному настроению, пессимизму, некоторой заторможенностью в протекании психических и моторных актов. Имеют тенденцию глубоко реагировать на отдельные события, имеют резкие колебания настроения [3]. Корреляционный анализ данных показал наличие положительной связи показателя алекситимии с дистимическим ( $r = 0,31$ ,  $p < 0,05$ ) и экзальтированным ( $r = 0,22$ ,  $p < 0,05$ ) типами акцентуаций. Гипертимный тип акцентуаций у алекситимиков значительно меньше, чем у неалекситимиков ( $p < 0,05$ ). В свою очередь, среди неалекситимиков средний показатель гипертимной акцентуации самый высокий среди обследуемых подростков и превышает границы нормы. Неалекситимикам чаще свойственна активность, поиск нового, приподнятое настроение, общительность.

У мальчиков с переходным типом (2-я группа) по сравнению с алекситимиками, менее выражены черты застревающего и педантичного типа характеров ( $p < 0,05$ ). Главной чертой этих типов акцентуаций является застревание аффекта, высокая устойчивость и длительность эмоционального отклика, обидчивость, а также ригидность нервных процессов, аккуратность, нерешительность, совестливость [3]. Следует отметить, что только в группе мальчиков с алекситимическими чертами выявлена положительная корреляционная связь между застревающим

и педантичным типом акцентуаций ( $r=0,57$ ,  $p<0,05$ ). Можно предположить, что у них в стрессовых условиях будут заостряться черты застревающего и педантичного типов характера и служить одним из факторов нарушения социально-психологической адаптации.

В то же время, мальчики переходной группы, также как алекситимики, по сравнению с 3-й группой, имеют более выраженные ( $p<0,05$ ) черты экзальтированного и менее гипертимного типов характера. Так, среди мальчиков 1-2-й групп экзальтированный тип выражен у 48-56% против 18% лиц 3-й группы. Также наблюдается тенденция более высокого показателя дистимического типа характера.

Таким образом, исследование показало, что мальчики-подростки с разным уровнем алекситимии в структуре личности характеризуются своими особенностями профиля акцентуаций. Подростки с алекситимическим и переходным типом личности, в отличие от сверстников-неалекситимиков, в большей степени демонстрируют качества дистимического и экзальтированного типов характера и реже гипертимного. Под воздействием неблагоприятных факторов среды указанные черты у мальчиков-подростков могут служить взаимодополняющими факторами уязвимости, являться фоном для формирования психических и психосоматических расстройств.

### Литература

1. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Выраженность акцентуаций характера у подростков Магадана в зависимости от уровня нервно-психической адаптации // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2013. – № 6. – С. 39–44.
2. Бобкова Е.Н., Иващенко Д.М. Роль алекситимии в развитии психосоматических заболеваний // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, 16 ноября, 2012 г. – Вып. XII. Сборник научных статей / Под общей ред. В.И. Мазурова. – СПб.: – 2012. С.61-67.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард; пер. с нем. – Ростов-Н / Д.: Феникс, 2000. – 544 с.
4. Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В. Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 3. – С. 11–16.
5. Секоян И.Э. Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика [Эл. Ресурс] // Независимый психиатрический журнал. –2007. – № 4. – Режим доступа: [http:// www.npar.ru/journal/](http://www.npar.ru/journal/) (18.11.14).

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ОТЦОВСКО-ДЕТСКОЙ ПОДСИСТЕМЕ В СЕМЬЯХ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Билецкая М.П., Полумеева Д.С.

*Кафедра психосоматики и психотерапии СПбГПМУ,  
Санкт-Петербург*

**Введение.** Эмоциогенный тип нарушения пищевого поведения у подростков приводит к развитию алиментарного ожирения. Это расстройство питания, вызванное переяданием. Такой тип пищевого поведения проявляется в реакции «заедания», которая наиболее часто отмечается при хроническом психоэмоциональном напряжении. Описанный тип реагирования свидетельствует о наличии психосоматического компонента в патогенезе данного заболевания [1, 2].

Одной из основных причин, приводящих к психосоматическим расстройствам, может выступать наличие дисфункциональных паттернов взаимодействия в детско-родительской подсистеме [5].

В подростковом возрасте, идентичность девушек отличается непостоянством и зависит от взглядов окружающих. Отцы играют немаловажную роль, как в формировании гендерной идентичности девушек, реализуя механизм поддержания фемининности, так и в формировании личности в целом [3, 4].

На данный момент особенности отцовско-детских взаимоотношений, в семьях девушек страдающих алиментарным ожирением, являются малоизученными.

**С целью** изучения особенностей взаимодействия в отцовско-детской подсистеме в семьях девушек-подростков, страдающих алиментарным ожирением, нами было исследовано 60 человек. В основную группу вошли девушки в возрасте 15-16 лет, страдающие алиментарным ожирением II степени (15 человек) и их отцов (15 человек). Контрольную группу составили условно здоровые девушки в возрасте 15-16 лет (15 человек), и их отцы (15 человек).

### Методы исследования:

Психодиагностический метод:

1. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)
2. Методика «Родителей оценивают дети» (Фурманов И.А., Аладьян А.А.)
3. Методика изучения родительских установок и реакций (Шефер Е.С., Белл Р.К.; адаптация Т.В. Нещерет)

4. Опросник «Подростки о родителях» (Шафер Е.С.; адаптация Л.И. Вассермана, И.А. Горьковой, Е.Е. Ромицыной)

5. Опросник «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.)

6. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина).

Статистический метод: непараметрический метод сравнения средних Манна-Уитни;

**Анализ результатов.** Анализ стиля воспитания позволил выявить у отцов девочек, страдающих алиментарным ожирением, наличие таких дисфункциональных характеристик, как «потворствование» ( $4,7 \pm 3,3$ ;  $2,6 \pm 1,45$ ;  $p < 0,05$ ), «чрезмерность требований» ( $2,8 \pm 1,6$ ;  $2,0 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ), «чрезмерность санкций» ( $3,2 \pm 1,8$ ;  $1,8 \pm 1,5$ ;  $p < 0,05$ ), «фобия утраты ребенка» ( $3,3 \pm 1,7$ ;  $2,0 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ), «предпочтение в подростке детских качеств» ( $3 \pm 1,5$ ;  $1,1 \pm 1,4$ ;  $p < 0,01$ ). Таким образом, у отцов девочек, страдающих алиментарным ожирением, в отличие от отцов условно здоровых девочек, отмечается неустойчивый стиль семейного воспитания, который колеблется между потворствующей и доминирующей гиперпротекцией.

Девочки страдающие ожирением, отмечают в стиле отцовского воспитания такие патологизирующие характеристики, как «гиперпротекция» ( $3,7 \pm 2,9$ ;  $2,5 \pm 0,9$ ;  $p < 0,05$ ), «потворствование» ( $4,9 \pm 2,08$ ;  $2,9 \pm 1,6$ ;  $p < 0,01$ ), «недостаточность требований» ( $3,8 \pm 2,1$ ;  $2,7 \pm 0,8$ ;  $p < 0,01$ ), «минимальность санкций» ( $4,3 \pm 2$ ;  $2,9 \pm 1,3$ ;  $p < 0,01$ ), «воспитательная неуверенность» ( $3,5 \pm 2,2$ ;  $1,2 \pm 1,1$ ;  $p < 0,05$ ). Таким образом, выявлена тенденция к патологизирующему типу семейного воспитания «потворствующая гиперпротекция» у отцов, по мнению больных девочек. А неустойчивость стиля семейного воспитания отцов, воспринимается девочками как «воспитательная неуверенность».

Изучение родительских установок позволило выявить, что у отцов девочек, страдающих ожирением показатели по шкалам «зависимость от семьи» ( $11,8 \pm 1,2$ ;  $6,0 \pm 1,2$ ;  $p < 0,001$ ), «развитие активности ребенка» ( $11,8 \pm 3,4$ ;  $6,2 \pm 2,0$ ;  $p < 0,001$ ), «уклонение от контакта» ( $12,2 \pm 2,3$ ;  $6,6 \pm 1,5$ ;  $p < 0,001$ ), «опасение обидеть» ( $12,2 \pm 3,2$ ;  $5,8 \pm 1,4$ ;  $p < 0,001$ ), «чрезмерность вмешательства в мир ребенка» ( $11,4 \pm 2,1$ ;  $7,2 \pm 1,0$ ;  $p < 0,001$ ) выше, чем у отцов условно здоровых девочек. Такая дисфункциональная характеристика, как «уклонение от контакта» говорит о наличии эмоциональной дистанции, а наличие таких родительских установок, как: чрезмерное вмешательство в мир ребёнка, опасение обидеть, обуславливает внутреннюю конфликтность, что подтверждает воспитательную неуверенность. Это свидетельствует о патологизирующем характере воспитания и отцовско-детского взаимодействия в целом.

Анализ особенностей родительского отношения с точки зрения подростков позволил выявить, что девочки, страдающие ожирением, характеризуя отцовское отношение, отмечают высокие показатели по шкале «фактор критики» ( $3,5 \pm 0,8$ ;  $2,0 \pm 0,6$ ;  $p < 0,001$ ). Это создаёт зону напряжения во взаимодействии между девочками-подростками и их отцами, что может отражаться на уровне семейной напряжённости и является одной из причин нарушения функционирования семейной системы в целом.

У отцов девочек, страдающих ожирением, наблюдается высокий уровень семейной тревожности ( $13,8 \pm 3,7$ ;  $6,3 \pm 2,2$ ;  $p < 0,001$ ), семейной напряжённости ( $5,3 \pm 1,4$ ;  $2,4 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$ ) и общей семейной тревоги ( $6,3 \pm 2,2$ ;  $13,8 \pm 3,7$ ;  $p < 0,001$ ). Таким образом, отцы девочек, страдающих ожирением, воспринимают ситуацию в семье, как не поддающуюся их контролю и пытаются снизить свою тревогу и напряжение с помощью чрезмерных санкций и требований, что подтверждает анализ воспитательной практики.

У девочек, страдающих алиментарным ожирением, отмечается высокий уровень семейной тревожности ( $2 \pm 1,6$ ;  $3,8 \pm 2,2$ ;  $p < 0,05$ ) и общей семейной тревоги ( $2 \pm 1,6$ ;  $3,8 \pm 2,2$ ;  $p < 0,05$ ). Можно предположить, что больные девочки прибегают к эмоциогенному стилю пищевого поведения, чтобы снизить свою тревогу, обусловленную семейными взаимоотношениями.

Анализ тревоги на индивидуально-личностном уровне выявил высокий уровень личностной тревожности ( $21,7 \pm 1,6$ ;  $14,8 \pm 2,5$ ;  $p < 0,05$ ) у отцов девочек, страдающих алиментарным ожирением. У больных девочек показатели выше, чем у девочек контрольной группы, на уровне средних значений ( $20,4 \pm 2,3$ ;  $23,5 \pm 1,2$ ). Таким образом, и у отцов и у девочек, страдающих ожирением, отмечается высокий уровень, как личностной тревожности, так и структурных компонентов общей семейной тревоги, что закрепляет психосоматический компонент заболевания и неадаптивный способ совладания с психотравмирующими ситуациями, реализующийся через эмоциогенный стиль пищевого поведения.

**Заключение.** Анализ особенностей взаимодействия в отцовско-детской подсистеме в семьях девочек-подростков, страдающих алиментарным ожирением, позволил выявить наличие дисфункциональных паттернов взаимодействия в диаде отец-девочка-подросток.

У отцов больных девочек выявлены такие дисфункциональные характеристики, как патологизирующий тип семейного воспитания, колеблющейся между потворствующей и доминирующей гиперпротекцией, а также дисфункциональные родительские установки. Девочки, страдающие алиментарным ожирением, подтверждают дисфункцию-

нальность стиля семейного воспитания и отмечают фактор критики со стороны отца. Как у отцов, так и у девушек отмечается высокий уровень личностной тревожности и структурных компонентов общей семейной тревоги. Выявленные паттерны отцовско-детского взаимодействия обуславливают необходимость включения семейной психокоррекции в комплексное лечение девушек-подростков с алиментарным ожирением и позволяют выявить мишени психологической коррекции.

### Литература

1. Алмазов В.А. Ожирение. – М., 1999.
2. Билецкая М.П., Полумеева Д.С. Тревога в семьях девушек-подростков с алиментарным ожирением// Психология и педагогика в XXI веке. Очерки научного развития – М., 2014, – С. 52.
3. Гребенюк А.А. Актуальные проблемы возрастной психологии. С использованием примеров из дипломных и курсовых работ. Симферополь, 2001.
4. Харламенкова Н.Е. Роль отца в дифференциации гендерной идентичности// Психологический журнал – 2007. – №3. – С.56-64.
5. Эйдемиллер Э.Г. Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008 – 672 с.

### ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ДИАДЕ «МАТЬ-ПОДРОСТОК, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ»

**Билецкая М.П., Шемет В.Е.**  
*СПбГПМУ, Санкт-Петербург*

В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн. больных бронхиальной астмой (БА). В России распространенность БА среди детей достигает 12,1% [2]. Одной из важных причин обострения заболевания являются дисфункциональные отношения в семье [1, 3], которые приводят к длительному психоэмоциональному напряжению и способствуют прогрессированию психосоматических расстройств у детей и подростков. Особенности семейного копинга у больных БА и их матерей определяют адаптивность материнско-детского взаимодействия в семейной системе [1].

**С целью** изучить особенности семейной дисфункции в диаде «мать – подросток, страдающий бронхиальной астмой», было исследовано 160 человек. Основную группу составили 40 диад «мать – подросток

с БА»: 40 подростков (20 мальчиков и 20 девочек 15-16 лет с атопической формой БА среднетяжелой степени тяжести) и 40 их матерей. Контрольная группа – 40 диад «мать – условно здоровый подросток»: 40 условно здоровых (УЗ) подростков (20 УЗ мальчиков и 20 УЗ девочек 15-16 лет) и 40 их матерей. Все исследуемые семьи полные.

**Методы исследования:** 1. Психодиагностический метод: опросники «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса, «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова, А.А. Аладьина; «Опросник родительского отношения» А.Я. Варга, В.В. Столина; опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафера (адаптация в СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева); опросник «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса; «Шкала семейной адаптации и сплоченности» Д.Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави в адаптации М. Перре. 2. Статистический метод.

**Результаты исследования.** Для матерей мальчиков с БА характерны такие особенности воспитания, как гиперпротекция ( $7,1 \pm 2,1$ ;  $4,2 \pm 1,32$ ;  $p < 0,05$ ), потворствование потребностям ребенка ( $8,0 \pm 1,27$ ;  $4,65 \pm 0,89$ ;  $p < 0,05$ ), расширение сферы родительских чувств ( $5,6 \pm 1,31$ ;  $1,8 \pm 0,13$ ;  $p < 0,01$ ), недостаточность его обязанностей, минимальность санкций и предпочтение в подростке детских качеств. Также выявлены воспитательная неуверенность ( $3,6 \pm 0,89$ ;  $1,15 \pm 0,43$ ;  $p < 0,1$ ) и фобия утраты ребенка ( $3,8 \pm 1,04$ ;  $2,45 \pm 0,13$ ;  $p < 0,1$ ). Больные мальчики подтверждают такие особенности типа семейного воспитания у своих матерей, как гиперпротекция ( $5,0 \pm 1,27$ ;  $2,75 \pm 0,17$ ;  $p < 0,05$ ), потворствование потребностям ребенка ( $5,52 \pm 1,19$ ;  $1,15 \pm 0,09$ ;  $p < 0,01$ ), минимальность санкций, расширение сферы родительских чувств и фобия утраты ребенка ( $4,15 \pm 1,08$ ;  $2,15 \pm 0,49$ ;  $p < 0,05$ ). Таким образом, особенностью стиля семейного воспитания в диаде «мать – сын с БА» является наличие патологизирующего типа «потворствующая гиперпротекция», который отмечают как матери сыновей с БА, так и сами подростки.

У матерей девочек с БА выявлены воспитательная неуверенность ( $4,9 \pm 1,12$ ;  $1,15 \pm 0,37$ ;  $p < 0,05$ ), неустойчивость стиля воспитания ( $4,55 \pm 0,83$ ;  $2,4 \pm 0,31$ ;  $p < 0,01$ ) в сочетании с фобией утраты ребенка ( $5,95 \pm 0,78$ ;  $4 \pm 0,42$ ;  $p < 0,1$ ) и вынесением супружеских конфликтов в сферу детско-родительских отношений ( $3,85 \pm 1,2$ ;  $1,75 \pm 0,23$ ;  $p < 0,1$ ). Также отмечается чрезмерность обязанностей ребенка ( $5,25 \pm 0,31$ ;  $1,3 \pm 0,2$ ), чрезмерность требований – запретов ( $4,35 \pm 0,6$ ;  $0,95 \pm 0,06$ ) и завышенный уровень санкций ( $2,45 \pm 0,08$ ;  $1,15 \pm 0,1$ ), в сочетании с незрелостью родительских чувств ( $6,3 \pm 0,2$ ;  $1,32 \pm 0,34$ ) и проекцией нежелательных качеств ( $4,45 \pm 0,37$ ;  $1,25 \pm 0,07$ ), что свидетельствует о тенденции к патологизирующему стилю воспитания «эмоциональное отвержение». Девочки с БА



подтверждают такие особенности семейного воспитания у своих матерей, как чрезмерность требований – запретов ( $5,35 \pm 0,71$ ;  $1,6 \pm 0,13$ ;  $p < 0,01$ ), неустойчивость стиля воспитания ( $5,2 \pm 0,38$ ;  $0,8 \pm 0,03$ ;  $p < 0,05$ ), воспитательная неуверенность ( $5,45 \pm 0,8$ ;  $0,5 \pm 0,03$ ;  $p < 0,1$ ), фобия утраты ребёнка ( $5,95 \pm 0,27$ ;  $4 \pm 0,71$ ) и вынесение супружеских конфликтов в сферу детско-родительских взаимоотношений ( $2,4 \pm 0,7$ ;  $0,45 \pm 0,01$ ;  $p < 0,1$ ).

Определение особенностей родительского отношения у матерей мальчиков с БА выявило заниженный показатель по шкале «авторитарная гиперсоциализация» ( $1,75 \pm 0,06$ ;  $4,05 \pm 1,08$ ;  $p < 0,01$ ), что выражается, как правило, в недостаточности обязанностей и санкций по отношению к подростку. Отмечается настроенность матери на симбиотические отношения с сыном ( $4,65 \pm 0,19$ ;  $3,5 \pm 0,18$ ;  $p < 0,05$ ). Больные мальчики отмечают у своих матерей высокий уровень непоследовательности в семейных взаимоотношениях ( $6,42 \pm 2,03$ ;  $4,23 \pm 0,81$ ;  $p < 0,05$ ), что проявляется как чередование таких экстремальных форм психологических тенденций, как господство силы, амбиций и покорность, деликатность, сверхальтруизм и недоверчивая подозрительность. Высокий показатель фактора близости в диадах, с точки зрения мальчиков с БА ( $15,26 \pm 1,19$ ;  $6,7 \pm 1,28$ ;  $p < 0,01$ ), указывает на расширение сферы родительских чувств, что, как было отмечено выше, характерно для дисфункциональных, симбиотических детско-родительских отношений между матерью и больным сыном.

У матерей девочек с БА отмечается завышенный показатель по шкале «авторитарная гиперсоциализация» ( $15,95 \pm 0,78$ ;  $4,45 \pm 0,14$ ;  $p < 0,1$ ), что свидетельствует о том, что мать ведёт себя слишком авторитарно по отношению к ребёнку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая ему строгие дисциплинарные рамки. Отмечается настроенность матери на установление значительной психологической дистанции между собой и ребёнком, о чём говорит снижение показателя по шкале «симбиоз» ( $1,8 \pm 0,34$ ;  $4,5 \pm 0,63$ ;  $p < 0,05$ ), частое игнорирование истинных интересов, увлечений, мыслей, чувств дочери, которые кажутся ей несерьёзными, о чём можно судить из показателя по шкале «отношение к неудачам ребёнка (маленький неудачник)» ( $16,35 \pm 1,12$ ;  $4,4 \pm 0,48$ ), являющимся выше среднего и граничащим с крайними проявлениями. Девочки с БА, отмечают высокие показатели непоследовательности в семейных взаимоотношениях ( $15,35 \pm 1,84$ ;  $5,5 \pm 1,38$ ;  $p < 0,05$ ) и директивности ( $14,4 \pm 1,3$ ;  $10,85 \pm 0,66$ ) у своих матерей, в сочетании с завышенным показателем фактора критики ( $3,3 \pm 0,13$ ;  $-0,65 \pm 0,08$ ;  $p < 0,05$ ). Выявленные особенности также свидетельствуют о дисфункциональном характере семейных взаимоотношений между девочкой с БА и её матерью.

У матерей мальчиков с БА отмечается высокий уровень семейной вины ( $2,35 \pm 0,31$ ;  $1,3 \pm 0,14$ ;  $p < 0,05$ ) и общей семейной тревоги ( $7,45 \pm 1,12$ ;  $4,75 \pm 0,43$ ;  $p < 0,01$ ). У больных мальчиков выявлен высокий уровень общей семейной тревоги ( $4,68 \pm 0,12$ ;  $1,25 \pm 0,17$ ;  $p < 0,05$ ). Таким образом, высокий уровень общей семейной тревоги в диадах «мать – сын с БА» подтверждает наличие семейной дисфункции.

У матерей девочек с БА выявлен высокий уровень семейной вины ( $5,35 \pm 0,81$ ;  $1,95 \pm 0,28$ ;  $p < 0,05$ ) и общей семейной тревоги ( $6,15 \pm 0,46$ ;  $4,15 \pm 0,17$ ;  $p < 0,01$ ). На уровне средних значений отмечается высокий уровень семейных тревожности ( $4,9 \pm 0,41$ ;  $1,35 \pm 0,07$ ) и напряжённости ( $2,55 \pm 0,3$ ;  $0,85 \pm 0,06$ ). Для больных девочек характерны сниженность показателей семейных тревожности ( $0,55 \pm 0,013$ ;  $1,15 \pm 0,12$ ) и напряжённости ( $0,85 \pm 0,3$ ;  $1,4 \pm 0,2$ ;  $p < 0,05$ ) и уровня общей семейной тревоги ( $2,3 \pm 0,3$ ;  $3,2 \pm 0,17$ ), что, возможно, свидетельствует о неадаптивных психологических защитах (отрицание и вытеснение), которые подтверждают наличие психосоматического заболевания и, как следствие, вытеснение тревоги на бессознательном уровне. Также, ощущение девочкой с БА семейной вины ( $2,7 \pm 0,07$ ;  $0,9 \pm 0,03$ ;  $p < 0,1$ ) может быть связано с чрезмерностью обязанностей и доминированием матери. Несоответствие показателей структурных компонентов семейной тревоги свидетельствует о наличии семейной дисфункции в диаде.

Для матерей больных мальчиков с БА характерны «разобщённый» уровень семейной сплочённости ( $30,35 \pm 1,78$ ;  $37,25 \pm 1,49$ ;  $p < 0,05$ ) и «гибкий» уровень семейной адаптации ( $25,8 \pm 1,08$ ;  $38,6 \pm 2,08$ ;  $p < 0,01$ ). Для мальчиков с БА характерен также «разобщённый» уровень семейной сплочённости ( $34,05 \pm 3,41$ ;  $38,85 \pm 2,45$ ;  $p < 0,05$ ) и «хаотичный» уровень семейной адаптации ( $33,05 \pm 4,13$ ;  $37,55 \pm 3,01$ ;  $p < 0,05$ ).

Для матерей девочек с БА характерны «разобщённый» уровень семейной сплочённости ( $26,83 \pm 1,78$ ;  $41,5 \pm 0,7$ ;  $p < 0,05$ ) и «хаотичный» уровень семейной адаптации ( $44,05 \pm 0,91$ ;  $29,55 \pm 0,48$ ;  $p < 0,1$ ). Для больных девочек также характерны «разобщённый» уровень семейной сплочённости ( $28,75 \pm 0,81$ ;  $43,3 \pm 1,2$ ;  $p < 0,01$ ) и «хаотичный» уровень семейной адаптации ( $34,3 \pm 0,64$ ;  $26,8 \pm 0,86$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, исходя из «циркулярной модели» Д.Х. Олсона, в диадах «мать – подросток с БА» выявляется «низко сбалансированный» тип семейной системы с тенденцией к несбалансированности, что свидетельствует о неадаптивности семейного копинга и подтверждает дисфункциональность материнско-детских отношений.

**Заключение.** Взаимодействие в диаде «мать-подросток с БА» является дисфункциональным и характеризует особенности семейной дисфункции в зависимости от пола подростка. В диаде «мать-сын с БА»

отмечается наличие патологизирующего типа семейного воспитания «потворствующая гиперпротекция», непоследовательность матери, настроенность ее на симбиотические отношения, а также высокий уровень общей семейной тревоги. В диаде «мать-дочь с БА» отмечается наличие патологизирующих характеристик семейного воспитания, которые зачастую характерны для эмоционального отвержения, в сочетании с воспитательной неуверенностью, непоследовательностью матери, а также высокий уровень семейной вины и общей семейной тревоги со стороны матерей. Неадаптивность семейного копинга в диадах «мать – подросток с БА» подтверждает наличие семейной дисфункции. Выявленные особенности свидетельствуют о необходимости включения семейной психотерапии в систему комплексного лечения и реабилитации подростков с бронхиальной астмой.

### Литература

1. Билецкая М.П., Шемет В.Е. Семейная тревога и копинг в диаде «мать – сын-подросток, страдающий бронхиальной астмой» «Современные концепции научных исследований». – М.: Евразийский Союз Учёных (ЕСУ). Ежемесячный научный журнал. – №4 (13) (Часть 11) / 2015. – С.165-168.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / под ред. А.С. Белевского – М.: Российское респираторное общество, 2012.
3. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008.- 672с.

## SWAN SONG: THE BATTLE OF PSYCHOTHERAPY-SCHOOLS AND A POSSIBLE SOLUTION

**Blaser A.**

*Department of psychology, University of Bern, former chief psychologist of the army of Switzerland, the founder of problem-Oriented psychotherapy*

**Introduction.** In order for the reader to understand my interest in the topic of psychotherapeutic ingredients I submit a brief account of my career in psychotherapy. Being retired after 50 years in the job I endeavour to speak my mind.

I saw my first patient in a Mental State-Hospital in one of the Southern States in the USA in the year 1964. That was 11 years before the Film «One flew Over the Cuckoo's Nest» came out, but the circumstances reflected

the very exact model of the film. As a student at the tender age of 21 I had absolutely no professional experience to judge what was happening to those poor patients, but I left this place of horror after some months of struggling with those responsible. Later this hospital was sued and witnesses called it «A concentration camp» (<https://www.youtube.com/watch?v=hvXHpEBFAFc>), daily food allowances had reached only fifty cents per person. A crisis point was reached in 1970 when Bryce Hospital had 5,200 patients and only three psychiatrists; it was ranked last among all states in funding for mental health. In the very same town there was a Psychiatric Hospital of the US-Veterans Administration with a new superior therapy program called «Attitude therapy» – what a drastic difference! I spent a few months there and learned a lot about what was called Milieu-therapy: the entire professional staff acting as a constant therapeutic agent. The patients were veterans of WW2(!), Korea and the first GI's of Vietnam.

Upon my return to Switzerland I subjected myself to 370 hours of the Psychoanalytic experience, the teaching therapist being a direct student of Freud. He told me that the way he was treated by Freud himself was so «unfreudian» that Freud would have been kicked out of the nowadays Psychoanalytic Society! I firmly believed in what I was taught, I carefully considered each little word I spoke to the patients.

Behaviour therapy then emerged, the fierce battle between these two schools with the Rogerians standing by had been going on for quite a while; Eysenck being a driving force with empirical arguments, facts which psychoanalysts did not want to and could not produce. Upon my initiative our Polyclinic engaged the first behaviour therapist in town. My psychoanalytic credo suffered some severe cracks, I hesitantly but steadily learned to appreciate the horizon-widening scope of behavior therapy.

The group-therapy move then commenced, inspired by the mood of the 60's to be followed by Gestalt and later Body-oriented psychotherapy which continues to impress me greatly to this day. In retrospect it is a small wonder that all these contradictory approaches to psychotherapy made me wonder if and why psychotherapy actually worked...

I worked at the Psychiatric Polyclinic of the University; this institution was supposed to be responsible for the formation in Psychotherapy for the future psychiatrists. These people (at that time with up to 90% men in the business, now it is 90% women) had widely varying prior professional knowledge from totally absent to psychoanalysis, nevertheless they were ill prepared for the expected task: to treat the average (mostly lower class) patient, addicts included, but also bright students. Imagine a strictly psychoanalytically-minded psychiatrist together with an uncommunicative alcoholic. No instructions for training standards existed then and we were the first to work

with the help of video shooting; we just made a hole in the wall and recorded without the notification or consent of anybody.

The responsible leading staff were eventually called upon to create a form of psychotherapy which met the needs of both therapist and patient; but what were the corresponding needs of the future psychotherapists?

#### **How does one become a psychotherapist?**

Let us look at the needs of a student-psychotherapist which have remained constant to this day.

Three parties decide the fate of his didactic career:

- the student himself
- the teacher or the «school»
- an administrative institution

The student decides for whatever motive that he wants to become a psychotherapist and he is ready to invest time, sweat and tears into this. And money.

The «teacher» is a synonym for individuals or «schools» who feel that they have to offer a definitive answer to a good many of the psychic shortcomings in this world and strive to spread this knowledge to the world.

The «administrator» is short for any bureaucratic endeavour (society) to set standards to the strivings of the teachers and students. The administrators define a series of rules and regulations, the adherence to which only empowers the student to execute the profession of psychotherapy for the given school. This entails usually the demands of a formal career from the simple beginner to some kind of level of mastership; these steps are hierarchic in nature and their progression is tied to monetary expense. The irony of these psychotherapeutic societies is that they were founded by psychotherapists to protect their intentions and they culminate in dominating the members, limiting their growth and freedom.

The interplay between teachers and administrators is called a school, this typically involves a founder and in most cases it is a man who believes that he possesses ideas which have never previously been heard of. His interest is that these ideas are recognized as his, in a pure way and he wants to spread the news – not without financial intents. In order to achieve that he has to do some PR, which is typically achieved by publishing a great deal (more is better) and by travelling. One may wonder when these ambassadors of their belief-system acquire their regular dose of one to one practice with real patients. If his PR works he will sooner or later acquire students who are willing to adhere to his requirements – let's call them disciples. These disciples must fulfil a set of more or less well defined rules in order to eventually be rewarded with some form of public acknowledgement – a diploma. History of the development of such schools shows that some of the disciples will sooner or later tend to

disagree on some issues with their master and abandon ship in order to found another school. All of this is reminiscent of the nature of political or religious parties, all of which strive to improve the world but strongly disagree on how to do this. In politics this may lead to a two-party system which divides the infinite multitude of colours into black and white, changing possibly in a four-year interval; this runs under the title of democracy.

If we follow the career of the former student of psychotherapy on his way to mastership we discover more often than not that he begins to introduce his idiosyncrasies into his way of handling the old rules, thereby adapting his own abilities to the needs of his patients. The schools will attempt to hinder this development by requiring periodic updates in the shape of courses, seminars, reward-and-punish systems, etc. What chance does the studious pupil of such schools have to open his mind to the miracles of the real world? At the time when the now self-secure master outgrows the limitations of the school, he frees himself of the imposed limitations and becomes what is called an integrative, patient-oriented, pluralistic psychotherapist. Having just freed himself of the ties he will have to struggle to avoid falling into the trap of creating yet new standards.

Let us return to our assistant-doctor at the Psychiatric Policlinic; we assume that other than his MD or his MA in Psychology he has no psychotherapeutic training, he is a pure beginner. He selects a school and commences his training; soon he realizes that the kind of patients he encounters at the Policlinic does somehow not benefit the clientele presented in the case history studies at the school seminars. His clients seem to be more difficult; not all patients are young, attractive, intelligent, verbal, and successful. Not all patients can be treated with only one type of therapy, or worse, with *one method*. Clearly the psychoanalytically trained assistants had more difficulties handling the average patient than did the assistants who intended to become general practitioners. The disciples of schools in general were torn between adhering and applying the school-imposed rules and meeting the pragmatic demands of the individual situation each patient required. That is where we as teachers had to offer a kind of psychotherapy that was:

- Free of school-ideology but integrative and pluralistic.
- Short: 6-20 sessions in a structured frame.
- Viable for a wide variety of outpatients.
- To be learned in a Polyclinical setting within half a year.

This combination of variables would hopefully cover most needs of both patients and therapists, it becomes evident that this not a new therapy, it only unites in a pragmatic way what proved to be useful in the world of psychotherapy (Blaser et al. 1998). But what does a psychotherapist of whatever colour school of thought do?

**What is the common denominator of schools?**

All psychotherapists who fiercely maintain how they differ from each other have in common that they listen and talk, thereby creating a relationship with their client; but so does anybody who listens and talks to anyone! What then is the difference between me as a psychotherapist talking and listening to my client and talking and listening to my wife? Question: is it nothing but the role?

The role consists of a set of more or less explicit and well defined rules that are mutually agreed upon by two members or groups, such as «I am the therapist; you are the client». This in turn implies another set of hierarchic rules such as «I ask the questions, you answer them», or tacitly: «I shall not judge you morally». What is the difference of the psychotherapist asking his client «How are you today?» and asking the same question to his wife? Answer: it is solely the intent within the role. As a therapist it is the agreed upon aim to gather some information in order to use it for the «therapeutic» good of the client, asking my wife it may just be a ritual without intent; the words are the same, not the role and relation.

*Conclusion:* all schools use the power of roles and speech, quite trivial really.

*Frightening question:* is this not only necessary but also sufficient?

**Speech as a set of therapeutic tools**

The schools justify their existence in believing: «We are different and we are right!» Psychoanalysts believed in the unique power of their «interpretations», «abstinence», etc; Rogerians believed in the might of empathy and genuineness. A mechanism to maintain identity is marking off the competitor; most schools consider whatever other schools were doing as wrong or evil. Just one example: Classic American Jewish Psychoanalysts touch their patients only «with a handshake at their birthday or at New Year's», while Body-Psychotherapists massage their clients.

*And:* all schools claim that they are successful!

How can it be that contradicting impacts yield positive results? Answer: there must be common factors, called common therapeutic ingredients. What are they? I argued above that for psychotherapy it is the role and speech, thereby creating a therapeutic relation.

Let me differentiate: well-known and accepted are the general non-specific ingredients such as: time, hope, motivation, theory, the division of roles, «myth» and empathy. These are always present and psychotherapy research has been struggling to prove that they are not alone responsible for change.

Talking therapies focus on the *intention* of the words used. What does the therapist want to effect when he says «Have you considered the possible consequences of your action?» He wants the client to look into himself,

make him aware of his responsibility and activate him. In this vein we have defined 10 «factors of effectiveness» as unspecific elements (see: Blaser et al 1998); with the help of these we can encode the verbal behaviours of therapists and thus compare them.

My research makes me believe **that the alleged specificity of a school consists in the profile of the unspecific elements**; in other words: there are a limited number of unspecific therapeutic ingredients that all therapists, be in in a modern city or in the jungle, use. The frequency with which they use these elements constitutes the «profile» and thus its possible specificity.

This approach justifies the school-specific stance *and* the unspecific approach at the same time. It is therefore a heuristic gain which alleviates the often fiercely conducted fight between the schools.

What further needs to be done is work on the near impossible task of matching patient to therapy (well done so far) and therapist (well neglected as the therapist-uniformity myth); this would shed some light onto the question of which therapist takes which patient into what kind of therapy (lest he has a choice).

*Блазер А. и др. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход. – Москва, Класс, 1998.*

*Перевод (см. ниже) – © Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии*

## МОЯ ЛЕБЕДИНАЯ ПЕСНЯ: БОРЬБА ШКОЛ ПСИХОТЕРАПИИ И ВОЗМОЖНОЕ РЕШЕНИЕ

**Блазер А.**

*Факультет психологии Бернского Университета,  
экс-главный психолог Армии Швейцарии,  
основатель Проблемно-Ориентированной Психотерапии*

**1. Введение.** Для того чтобы читателю была ясна моя заинтересованность в теме психотерапевтических ингредиентов, я помещаю здесь краткий отчет о моей карьере в психотерапии. Уйдя в отставку после 50 лет работы в этой профессии, я попытаюсь высказать свое мнение.

Я принял своего первого пациента в государственной психиатрической клинике в одном из южных штатов США в 1964 г. Это произошло за 11 лет до того, как вышел фильм «Полет над гнездом кукушки», но происходящие события полностью отражали сюжет фильма. Будучи юным студентом в возрасте 21 года, я не имел абсолютно никакого

го профессионального опыта, чтобы разобраться, что происходило там с бедными пациентами, но я после нескольких месяцев борьбы с руководством, я покинул это жуткое место. Позже на этот госпиталь подали в суд, и один из свидетелей назвал его концлагерем, (<https://www.youtube.com/watch?v=hvXHpEBFAFc>) где дневная норма еды на человека составляла 50 центов. Ситуация достигла критической точки, когда в 1970 в больнице Вгусе на 5200 пациентов приходилось только три психиатра. Она занимала последнее место среди всех штатов, получавших финансирование для охраны психического здоровья. В том же самом городе в это время существовала психиатрическая клиника Администрации по делам ветеранов США, осуществляющая программу названную «Терапия отношением». Какое разительное отличие! Я провел в ней несколько месяцев и много узнал о том, что такое терапия средой (милье терапия), где все сотрудники выступали в роли постоянного терапевтического фактора. Пациентами там были ветераны Второй Мировой (!), Корейской и Вьетнамской войн.

По возвращении в Швейцарию, я подверг себя 370 часам психоанализа, где обучающим терапевтом был прямой ученик Фрейда. Он рассказал мне, что то, как с ним обращался Фрейд, было настолько не «по фрейду», что сегодня Фрейда бы выкинули из Психоаналитического общества! Я твердо верил во все, чему меня научили, и тщательно подбирал каждое слово, произносимое мною пациентам.

Затем появилась поведенческая терапия, а вместе с ней возникла ожесточенная борьба между этими двумя школами, в которой Роджерс занимали позицию невмешательства. Айзенк явился движущей силой, приводя эмпирические доказательства и факты, – то, чего психоаналитики не хотели и не могли предоставить. По моей инициативе наша поликлиника наняла первого поведенческого терапевта в городе. Мое психоаналитическое кредо выдержало несколько жестких ударов, и я медленно, но верно начал ценить расширяющие горизонт возможности поведенческой терапии.

Затем образовалось движение групповой терапии, вдохновленное настроениями 60-х, за ним последовали Гештальт и позднее телесно-ориентированная терапия, которая по сей день производит на меня огромное впечатление. Оглядываясь назад, я считаю маленьким чудом тот факт, что все эти противоречивые подходы в психотерапии заставили меня задуматься, а работает ли психотерапия вообще и если да, то почему.

Я работал в психиатрической поликлинике при университете. Это учреждение должно было отвечать за формирование психотерапии для будущего психиатрии. Эти люди (на тот момент 90% из них состав-

ляли мужчины, сегодня – 90% женщины) имели совершенно разный профессиональный опыт в прошлом, начиная с полного его отсутствия заканчивая психоаналитическим. Однако все они были плохо подготовлены для выполнения поставленной задачи – лечить среднестатистического пациента (в основном из низшего класса), включая зависимых и студентов – отличников. Представьте строго психоаналитически ориентированного психиатра рядом с неразговорчивым алкоголиком. Тогда еще не были установлены стандарты в обучении, и мы были первыми, кто работал, используя видеозаписи в работе. Мы просто проделывали дыру в стене и записывали, никого не ставя в известность и не спрашивая согласия.

Руководство впоследствии было призвано создать такую форму психотерапии, которая отвечала бы потребностям как пациента, так и психотерапевта. Но в чем же заключались потребности будущих психотерапевтов?

## 2. Как стать психотерапевтом?

Давайте рассмотрим потребности психотерапевта, которые остаются неизменными по сей день. Три стороны судьбы его дидактической карьеры:

- сам студент
- учитель или школа
- административное учреждение

Студент решает по каким бы то ни было причинам, что он хочет стать психотерапевтом. Он готов тратить свое время, силы и деньги на этот процесс.

Учитель – это синоним для отдельно взятых личностей или «школ», которые чувствуют, что могут предложить окончательный решение для множества психических проблем, существующих в этом мире и стремятся распространить свое знание по всему свету.

Администратор – сокращенное название любой бюрократической попытке (обществу) установить стандарты стремлениям учителей и учеников. Администраторы определяют ряд правил и предписаний, следование которым обучит студента профессии психотерапевта только в рамках данной школы. Обычно это влечет за собой требования формальной карьеры от простого новичка до некоего уровня мастерства. Эти шаги иерархичны по своей природе и следование им связано с денежными расходами. Ирония таких психотерапевтических сообществ в том, что они были основаны психотерапевтами, чтобы защитить их собственные идеи; теперь же они достигли своего наивысшего развития в управлении и контроле над их членами, сдерживая их рост и ограничивая свободу.

Взаимодействие между учителями и администраторами называется школой, обычно она связана с основателем, в большинстве случаев это мужчина, который верит, что владеет идеями, ранее никому не известными. Он заинтересован в том, чтобы его идеи были признаны его идеями в чистом виде, и он хочет распространить это знание, не без финансовой заинтересованности. Чтобы добиться этого, ему необходимо пропиариться, что обычно достигается путем большого количества публикаций (чем больше, тем лучше) и путешествиями. Здесь может возникнуть вопрос: а когда же этот посол собственной системы верований приобрел необходимую дозу практики один на один с реальными пациентами? Если его пиар сработает, рано или поздно он приобретет учеников, которые захотят быть верными его требованиям, назовем их последователями. Эти последователи должны выполнить ряд более или менее ясно обозначенных правил, чтобы в итоге получить вознаграждение в виде общественного признания, т.е. диплом. История развития таких школ показывает, что некоторые последователи имеют тенденцию рано или поздно проявить несогласие с мастером по какому-либо вопросу и покинуть корабль в поисках другой школы. Все это схоже по природе с политическими и религиозными партиями, которые стремятся изменить мир в лучшую сторону, но категорически не могут прийти к согласию о том, как это должно быть сделано. В политике это может привести к двухпартийной системе, которая разделяет неопределенное множество цветовых вариаций на черное и белое, сменяя друг друга раз в четыре года. Происходит это под заголовком «Демократия».

Если мы проследим за карьерой бывшего студента – психотерапевта на его пути к мастерству, то обнаружим, что он практически никогда не начнет соединять свои отличительные особенности (свою идиосинкразию) со старым способом следования выученным правилам, что могло бы адаптировать таким образом его возможности к нуждам пациентов. Школы предпримут попытки помешать такому развитию, требуя его периодического усовершенствования посредством курсов, семинаров, системы поощрений и наказаний и т.д. Каковы шансы, что прилежный ученик подобной школы сохранит свой разум открытым чудесам реального мира? Только тогда, когда уверенный в себе мастер вырастет из рамок школы, он сможет освободить себя от навязанных ограничений и стать тем, кого называют интегративным, ориентированным на пациента, и плюралистическим психотерапевтом. Только освободившись от уз ему придется приложить усилия, чтобы не поддаться соблазну ловушки создания новых стандартов.

Давайте вернемся к нашему доктору-ассистенту в психиатрической поликлинике. Мы предполагаем, что он абсолютный новичок

и не имеет никакого другого опыта, кроме его магистерской степени по психологии. Он выбирает школу и начинает свое обучение. Вскоре он начинает понимать, что пациенты, с которыми он сталкивается в поликлинике, как-то не совсем соответствуют образу клиентов представленных на школьных семинарах. Его клиенты кажутся ему более трудными, не все из них молоды, привлекательны, разговорчивы и успешны. Не всех пациентов можно лечить, используя один и тот же вид психотерапии или, что еще хуже, один метод. Явно, что психоаналитически обученные ассистенты, испытывают большие трудности, имея дело со среднестатистическим пациентом, чем ассистенты, намеревающиеся стать врачами общей практики. Последователи школ разрываются между следованием навязанным школой правилам, их применением и попыткой соответствовать требованиям отдельно взятой ситуации, чего требует каждый пациент. Вот тут мы, как учителя, должны были предложить вид психотерапии, который был бы:

- Свободным от идеологии школы, но интегративным и плюралистическим.
- Коротким: 6-20 сессий в структурированной форме.
- Жизнеспособным для разнообразных случаев амбулаторных больных.
- Подходящим для изучения в условиях поликлиники в течение полугода.

Такая комбинация переменных с большей вероятностью покроет большинство нужд и пациента и психотерапевта. Становится очевидным, что это не новый вид терапии, но практическое объединение того, что доказало свою пользу в мире психотерапии (Блазер и др., 1998). Но что же делает психотерапевт какой бы то ни было школы?

### 3. Что является общим знаменателем всех школ?

Все психотерапевты, яростно поддерживающие идею о том, как сильно они отличаются друг от друга, имеют общим то, что все они слушают и говорят, посредством чего создаются взаимоотношения с их клиентом. Но так же поступает любой, кто говорит или слушает кого-либо! В чем же тогда разница между мною как психотерапевтом, говорящим и слушающим моего клиента или говорящим и слушающим мою жену?

*Вопрос:* Может, это просто роль и не более того?

Роль состоит из набора более или менее эксплицитных и хорошо определенных правил, по поводу которых достигнуто согласие между членами группы, например, «я – терапевт, ты – клиент». Это, в свою очередь, подразумевает новую иерархию правил, как, например, «я задаю вопрос, ты отвечаешь» или, словесно не выраженное «я не

буду осуждать тебя с моральной точки зрения». В чем разница, когда психотерапевт задает вопрос клиенту «Как у Вас дела сегодня?» и когда он задает тот же вопрос своей жене? Ответ: различие исключительно в интенции в рамках роли. В качестве терапевта – это цель собрать некоторое количество информации, чтобы использовать ее ради «терапевтического» блага клиента. Задавая тот же вопрос жене, я, возможно, просто следую ритуалу без какого-либо намерения. Слова те же, но не роль и взаимоотношения.

*Вывод:* все школы пользуются силой роли и речи и в действительности весьма тривиально.

*Пугающий вопрос:* действительно ли это не только необходимо, но и достаточно?

#### 4. Речь как набор терапевтических инструментов.

Каждая школа оправдывает свое существование верой в то, что: «Мы отличаемся от других, и мы правы!». Психоаналитики верили в исключительную силу их «интерпретаций», «воздержания» и т.д.; Роджерсианцы верили в могущество эмпатии и аутентичности. Механизм, позволяющий поддержать собственную индивидуальность состоит в том, чтобы отгородиться от конкурента. Большинство школ расценивают все, что бы ни делали другие школы как ошибочное и вредное. Всего один пример: классический американский психоаналитик прикасается к своим пациентам только в случае «рукопожатия на их день рождения или Новый год», в то время как телесно-ориентированный терапевт делает массаж своим клиентам.

*И все школы заявляют, что они успешны!* Как это возможно, чтобы противоречащие друг другу воздействия давали положительные результаты? Ответ: должны быть общие факторы, называемые общими терапевтическими ингредиентами. Каковы же они? Я утверждал выше, что для психотерапии таковыми факторами являются роль и речь, создающие терапевтические взаимоотношения. Позвольте мне провести различие: хорошо известными и общепринятыми являются общие неспецифические составляющие, такие как: время, надежда, мотивация, теория, разделение ролей, «миф» и эмпатия. Эти факторы присутствуют всегда, и исследования в области психотерапии нацелены на доказательство того, что они не единственные ответственные за изменение.

«Разговорные» виды психотерапии сфокусированы на намерении, заключенном в используемых словах. Чего хочет достигнуть психотерапевт, который говорит: «Вы рассмотрели возможные последствия Ваших действий?». Он хочет, чтобы клиент заглянул внутрь себя, осознал свою ответственность и стал активным. В этом ключе мы определили 10 «факторов эффективности» как неспецифических элементов

(см. Блазер и др., 1998), с помощью которых мы можем расшифровать вербальное поведение терапевтов и таким образом сравнить их.

Мои исследования убеждают меня в том, что **предполагаемая специфика школы состоит в своем профиле из неспецифических элементов**. Другими словами, существует ограниченный набор неспецифических терапевтических составляющих, которые используют все психотерапевты, будь они в современном городе или джунглях. Частотность, с которой они их используют, и составляет профиль, а, следовательно, ее возможную специфику.

Такой подход оправдывает особую позицию школы и одновременно с этим неспецифический подход. Следовательно, такая эвристическая польза снимает с повестки дня схватку, часто ожесточенную, которую ведут между собой разные школы.

Что необходимо сделать далее, так это работать над практически невыполнимым заданием: найти для пациента подходящий вид терапии (что до сих пор осуществлялось довольно успешно) и подходящего терапевта (чем в основном пренебрегали из-за мифа об однотипности терапевта). Это могло бы пролить некоторый свет на вопрос, какой терапевт берет какого пациента и в какой вид терапии (дабы у него был выбор).

## МОДЕЛЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Булгакова О.С.**

*СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Научно-практический центр «Психосоматическая нормализация», Санкт-Петербург*

Моделью формирования психосоматозов можно считать следующий алгоритм развития событий.

1. Информация из окружающей среды является сильно травмирующей для организма.
2. Изменить ситуацию не представляется возможным, дистресс становится длительным.
3. Механизмы адаптационной защиты начинают работать в напряжении.
4. Формируется альтернативная («травматическая») доминанта, имеющая демонстрационно-защитные функции. Вероятно, в коре головного мозга формируется альтернативная («травматическая») доминанта, имеющая демонстрационно-защитные функции, которая показывает нарушение работы организма через определенный кли-

нический комплекс проявлений на творческом, социальном, поведенческом, психологическом, а в более тяжелом случае – соматическом уровне (2007).

5. Формируются «защиты», которые изменяют (искажают) сложившуюся реальность. По нашему мнению формирование защит происходит на всех уровнях организации личности (физиологическом, психофизиологическом, психологическом, поведенческом, социальном и творческом). Всеми признаками известных психологических защит характеризуются и защиты других уровней организации. Все они несут необъективную информацию. Сначала личность считает объективную информацию, но подстраивает (искажает) ее под свое субъективное видение событий окружающей среды. А потом проецирует ответ в ту же окружающую среду. Одно можно утверждать совершенно определенно – формирование «защит» является адаптационным, жизнеспасающим признаком. Началом формирования «защит» является необходимость выживания в изменяющемся окружающем мире, когда информационная травматизация способна привести к гибели организма (личности) или в смягченном случае нанести ей урон – физический, психофизиологический, психологический, поведенческий, социальный или творческого самовыражения. Человек в этом случае меняется качественно.

6. Стрессовый фактор не исчезает, напряжение механизмов адаптации возрастает. Формируется альтернативная психофизиологическая система, искажающая объективную информацию, делая ее более щадящей. Это жестко иерархичная, доминирующая, непостоянная во времени, с индивидуальными параметрами устойчивости психофизиологическая структура. Ее создание обуславливается индивидуальными психическими характеристиками, особенностью физиологической системной организации, и результатом деятельности которой является дисфункция органа-мишени (2010).

7. Формируется «гомеостазис нездоровья», он обратим, его показатели не выходят за пределы референтных интервалов – это присущая любому больному организму, при любой тяжести его патологии, постоянная внутренняя среда, поддерживающая жизнь организма в оптимальном для него действующем режиме, зачастую за счет минимизации или прекращения работы отдельных, как ему кажется на данный момент времени, не жизненно важных функций (2009). Отличим «гомеостазиса нездоровья» от гомеостазиса здорового организма в том, что первый подпорогово и надпорогово патологически лабилен, а второй – подпорогово стабилен, а надпорогово лабилен (2012).

8. При невыходе организма из неблагоприятных условий формируется психосоматическая патология. Ее можно представить их

как растянутый во времени, постоянно подкрепляющийся стрессами различного характера, следовой постстрессорный эффект, который сопровождается формированием в центральной нервной системе травмирующей адаптационной доминанты, свидетельствующей о состоянии неудовлетворительной адаптации (2006).

По результатам наших исследований (более 700 пациентов с психосоматической патологией) можно отметить следующую специфичность этой формы постстрессорных расстройств:

1. Время протекания стадий вышеуказанного алгоритма индивидуально.

2. Необходима грамотная диагностика для того, что бы выявить стадию постстрессорного поражения и начать эффективно лечить.

3. Одним из определяющих факторов успешной коррекции является вера пациента в выбранного специалиста.

4. Объективным диагностическим признаком психосоматической патологии наряду с выраженной клинической картиной являются показатели психологических, социальных тестов, тестов на креативность, а так же клинических анализов. Эти показатели должны не выходить за рамки референтного интервала, и быть стабильными в своем повышении или понижении от цифр среднего арифметического показателя параметра при двухкратном измерении в течение 3-х недель с момента обращения к специалисту.

5. В первые три сеанса с пациентом, страдающим психосоматическим расстройством, должно наступить его личностное качественное изменение, это является показателем функционального неблагополучия. При соматической патологии – такое не наблюдается.

6. В период проведения коррекционных процедур могут резко меняться поведение и психологическое состояние пациента.

7. На момент коррекции функциональных нарушений возможно возникновение «мигрирующей клинической картины», при которой симптомы болезни резко меняются.

8. При излечении психосоматической патологии возможен такой феномен как формирование социальной и психической зависимости к специалисту со стороны пациента.

Таким образом, большая распространенность данной формы заболевания: с различными соматическими клиническими картинами, психологическими проблемами и социально-поведенческими отклонениями от общепринятой нормы, является проблемой общества в целом, и новые подходы к пониманию модели формирования психофизиологических расстройств являются актуальными.



## ДЕПРЕССИИ КАК ПРОБЛЕМА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

**Винокур В.А.**

*Кафедра психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург*

Проблема депрессивных расстройств в общей врачебной практике, связанная с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий, в последние десятилетия приобретает особую значимость и становится одной из приоритетных задач медицинской науки и системы практического здравоохранения. Поэтому рядом авторов (в частности, В.Н. Краснов и соавт. 2008) активно выдвигается представление о том, что масштаб этой проблемы предполагает необходимость достаточно выраженных изменений в существующей системе диагностической и лечебной помощи при депрессиях, предполагающих выход за рамки традиционной специализированной психиатрической помощи, и объединения усилий различных медицинских специалистов. Многочисленные исследования свидетельствуют не только о значительной распространенности, но и недостаточно эффективной диагностике и лечении депрессивных и соматоформных расстройств у пациентов общесоматической, в особенности, в первичной медицинской сети.

В этом отношении представляют интерес данные о том, каковы особенности процесса диагностики и лечения депрессий в первичном звене медицинской помощи, в частности, в общей врачебной практике (цит. по: В.Н. Краснов и соавт., 2013). В проведенном в шести странах мира исследовании сравнивались показатели этой работы. Отмечено, что наиболее часто (в 41% случаев) лечение депрессии в общемедицинских учреждениях проводилось в США, реже всего – в России, в частности, в Санкт-Петербурге (в 4% случаев).

Как отмечает S. Dubovsky (2003), распространенность депрессии в первичной медицинской практике достигает 33%, а по распространенности среди пациентов первичной сети она занимает второе место после артериальной гипертензии. По данным Смудевича А.Б. и соавт. (2007) количество больных с психическими расстройствами, прежде всего – аффективными, в общей врачебной практике колеблется в широких пределах и может составлять до 50% всех обратившихся за меди-

цинской помощью. Депрессивные расстройства встречались, по данным исследования КОМПАС (Р.Г. Оганов и соавт., 2004) у 45,2% пациентов амбулаторной соматической медицинской сети и у 48,3% – у пациентов стационарной соматической сети. У пациентов, обратившихся в поликлиники однократно в течение года, депрессии выявлялись в 33% случаев, а у обратившихся более 5 раз в течение года – в 62%. В крупном многоцентровом международном исследовании (G. Simon et al., 1999) признаки депрессии определялись в среднем у 69% больных, обратившихся за медицинской помощью по поводу соматических расстройств. Депрессии и их соматизированные проявления являются единственной причиной 10-20% визитов к врачам общей практики (M. Compton, 2001; T. Ustun, 2006).

Помимо высокой распространенности депрессивных расстройств в общей медицинской практике, обращает на себя внимание сходство их клинических проявлений с соматическими симптомами, что нередко осложняет их дифференциальную диагностику и, соответственно, адекватную терапию. Это нередко приводит к возрастанию количества «трудных» пациентов.

Депрессии в значительной степени ухудшают течение соматических заболеваний и осложняют их клиническую картину. Именно они часто ответственны за возрастание частоты обращений пациентов за медицинской помощью в соматическую сеть, проведение большого количества дополнительных (нередко неоправданных) обследований, включая дорогостоящие и инвазивные, и за появление хорошо известного врачам общей врачебной практики синдрома «толстой амбулаторной карты». Депрессивные расстройства существенно снижают комплайенс (приверженность к лечению) при соматических заболеваниях, ухудшают качество жизни больных, увеличивают экономические затраты на проводимые им лечение и реабилитацию. Депрессии неблагоприятно влияют на длительность пребывания больных в соматических стационарах и прогноз в отношении восстановления их трудоспособности. Рост использования больничных листов по «соматическим» диагнозам при депрессии составляет 4 раза. Обращаемость за медицинской помощью в соматической сети и расходы на лечение пациентов с депрессиями в 2-3 раза выше, чем у пациентов без этих психических расстройств (А.Е. Бобров и соавт., 2008). Депрессии повышают риск инсульта при артериальной гипертензии в 2,3-2,7 раза, умеренная депрессия повышает риск развития острого инфаркта миокарда при ИБС более, чем в 2 раза, а тяжелая депрессия – в 4,5 раза. Негативно влияет на прогноз ИБС даже ее легкая степень. Прогностически при депрессии частота внезапной коронарной смерти в 3-6 раз выше, чем при ее отсутствии.

Анализируя причины столь высокой, более, чем вдвое превышающей популяционную, распространенности депрессивных расстройств у пациентов общесоматической практики, необходимо учитывать характер этих психосоматических взаимосвязей и реципрокных взаимоотношений между аффективной и соматической патологией. Среди соматических эффектов депрессивных расстройств можно отметить целый спектр нарушений, патогенетически связанных прежде всего с гиперактивацией симпатико-адреналовой системы. Наиболее значимые среди них: гемодинамические расстройства, развитие гипертрофии левого желудочка и его диастолической дисфункции, нарушения сердечного ритма, повышение свертываемости крови, развитие атерогенных нарушений липидного метаболизма и инсулинорезистентность, нарушения метаболизма углеводов. Эндотелиальные дисфункции (патологическое состояние, через которое реализуют свое неблагоприятное воздействие все ведущие факторы риска сосудистых расстройств и которое проявляется в нарушении процессов вазодилатации, усилении адгезивных (протромботических) свойств эндотелия, усилении воспалительных процессов и пролиферации гладкомышечных клеток в стенке кровеносных сосудов) также тесно связаны с депрессиями. Показано, что депрессивные расстройства могут стимулировать развитие эндотелиальной дисфункции еще до формирования клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний и что при применении антидепрессантов в этих случаях отмечается нормализация реологических свойств крови и снижение риска сосудистых катастроф. Депрессии, с одной стороны, и многие соматические заболевания, с другой, обнаруживают патогенетическую коморбидность. Манифестация депрессивных, в частности, нозогенных, состояний происходит под влиянием сочетания психогенных (психотравмирующий смысл диагноза) и соматогенных (патофизиологических) факторов, что обуславливает совпадения «пиков» обострения аффективных и соматических расстройств.

Работами различных авторов показано наличие биологического субстрата, общего для депрессии и, например, такого высоко распространенного заболевания в общей врачебной практике, как сахарный диабет. К этим общим механизмам относятся нарушения деятельности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, развитие инсулинорезистентности и расстройства в метаболизме некоторых нейромедиаторов, в частности, серотонина (Коркина М.В., и соавт., 2003). В исследовании, проводившемся нами ранее (В.А.Винокур, А.Г.Кошанская, 2007), найден порог гликированного гемоглобина HbA1c (биохимического показателя, отражающего среднее содержание сахара в крови за период до трёх месяцев, в отличие от измерения глюкозы крови, которое

дает представление об уровне гликемии только на момент исследования, поэтому чем выше уровень гликированного гемоглобина, тем выше была гликемия за последние три месяца и, соответственно, больше риск развития осложнений сахарного диабета) в крови 7,8%, при превышении которого депрессия становится значимо положительно связанной с этим показателем. Это позволяет предположить активное включение депрессии в психосоматический механизм формирования декомпенсации сахарного диабета II типа. Согласно результатам многоцентрового когортного исследования ([www.medscape.com/viewarticle/735426](http://www.medscape.com/viewarticle/735426) – 2011) у женщин, страдающих сахарным диабетом и связанной с ним нозогенной депрессией, достоверно повышается риск общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В этом исследовании принимали участие 78000 женщин старше 54 лет. Установлено, что у женщин при сочетании сахарного диабета и депрессии риск смерти увеличивается в 2,7 раза, тогда как наличие только депрессии повышает этот риск на 37%, а изолированного сахарного диабета – на 66%.

Приведенные данные обосновывают необходимость повышения качества диагностики и лечения депрессий врачами общей врачебной практики, в частности за счет повышения уровня их подготовки, а также целесообразность включения антидепрессантов в патогенетическую комплексную терапию многих соматических заболеваний. Положительный опыт лечения депрессий в общей медицинской практике накоплен к настоящему времени и в России, и за рубежом. Отмечена даже более высокая эффективность терапии депрессии в неспециализированных по оказанию психиатрической помощи медицинских учреждениях соматического профиля – более 95%, по сравнению с 70-80% в специализированных психиатрических медицинских учреждениях (А.Е. Бобров и соавт., 2008). В настоящее время признано, что большинство больных соматическими заболеваниями с сопутствующей депрессией легкой и средней степени тяжести могут получать ее лечение у врачей общей практики и других врачей «соматических» специальностей – терапевтов, кардиологов, невропатологов, эндокринологов и др. Положение о необходимости адекватной диагностики и психофармакотерапии депрессий, которую пациенты должны получить прежде всего в общемедицинской сети, куда они чаще всего обращаются за помощью. Это положение выдвигается документами ВОЗ, в частности, в «Докладе о состоянии здоровья в мире» (2001). Более 15 лет назад ВОЗ разработала такую упрощенную диагностическую схему и рекомендовала ее как пособие для применения врачами первичной медицинской помощи. Представление о необходимости интеграции и «встречного движения» психиатрии и общей медицины определяет не только как возможность,

но и как задачу для врачей широкой медицинской практики повышение качества диагностики и терапии депрессивных расстройств, что также отмечается и методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ по лечению депрессий легкой степени в общей врачебной практике (2007).

### ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

**Волынкин А.А., Власов П.Н., Петрухин В.А.,  
Ахвледиани К.Н.**

*МГМСУ им. А.И. Евдокимова,*

*Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва*

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенному виду травм. По литературным данным отмечено, что в большинстве случаев выявляются нейропсихиатрические изменения в виде остаточных синдромов после ЧМТ.

**Цель исследования:** оценить изменения эмоционально-личностной сферы (астенический, тревожный, депрессивный синдромы) в отдалённом периоде ЧМТ у беременных, госпитализированных в отделении патологии беременных ГБУЗ МО МОНИИАГ с 2013 по 2015 г.

**Материал и методы исследования:** обследование 45 беременных с ЧМТ (отдалённый период), с использованием шкал: астении (MFI-20); тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты и обсуждение:** В зависимости от вида полученной ЧМТ все беременные (n=45, в возрасте от 19 до 41 года) были разделены на 2 группы (1 группа – СГМ – 44,7%; n=21; 2 группа – УГМ-55,3%; n=24). Контрольную группу (3 группа) составили 23 практически здоровых беременных.

В 1 группе – выявлено 3 случая (6,7%) астенического синдрома (средние показатели по шкале MFI-20 составили  $25 \pm 1,27$ , с максимальными изменениями в подшкалах пониженной активности и физической астении). Во 2 группе – выявлено 5 беременных (11,1%) с астеническим синдромом (все случаи с преобладанием изменений в подшкалах психической астении, снижении мотивации и пониженной активности), средние показатели по шкале MFI-20 составили  $28 \pm 3,6$ . В 3 группе – не верифицирован астенический синдром (средние показатели по шкале MFI-20 составили  $19 \pm 2,24$ ).

При оценке тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS выявлено: в 1 группе: по подшкале А (тревога) –  $9,5 \pm 2,63$  (9 случаев (20%) тревожного синдрома), по подшкале D (депрессия) –  $7 \pm 1,4$  (2 случая (4,4%) субклинически выраженной депрессии). Во 2 группе данные показатели составили: по подшкале А –  $11,43 \pm 2,8$  (тревожный синдром у 15 беременных (33,3%)), по подшкале D –  $8,2 \pm 1,5$  (5 случаев (11,1%) субклинически выраженной депрессии). В 3 группе – средние показатели составили  $5,5 \pm 1,25$  (норма).

**Выводы:** Таким образом, выявлено достоверно значимое ( $p < 0,05$ ) преобладание случаев цереброгенной формы астенического синдрома (n=5; 11,1%) и тревожного синдрома (n=15; 33,3%) среди беременных с последствиями ЧМТ при УГМ, что необходимо учитывать при ведении беременности у данных пациенток.

### АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ КОНЦЕПТ: АРХЕТИП «ОСЕДЛЫЙ» И «НОМАД» В ПРАКТИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ СТАДИИ ПРИНЯТИЯ У ТЕРМИНАЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

**Головина М.Ю.**

*СПб ГБУЗ ГБ №14, отделение Хоспис*

*им. Св. равноапостольной кн. Ольги, Санкт-Петербург*

Слово «хоспис» в современном российском обществе, порождая в умах отголосок в духе «*memeto mori*», устойчиво метафорично. Так место и ситуация задает тон площадке диалога, актуализируя философскую проблематику постановкой «вечных вопросов». Волей-неволей, но именно здесь приходится предельно откровенно говорить об экзистенциальном, о бытии и небытии человека, размышлять об антропологических перспективах в глобальном масштабе. Без лишней патетики, хоспис – это место, где наблюдение бедственных последствий психосоматического конфликта обостряет понимание важности всех этих рассуждений. В связи с тенденцией роста психической заболеваемости в обществе, предметом изучения становится *locus minoris pсихики* современного человека. Призвав в помощь философский подход, и начав рассматривать пространство психики, в рамках заданной темы, с позиции двух исторических контрапунктов: архетипа «оседлого» (*polis* – город) и архетипа «номада» (*nomad* – кочевник), можно найти корень проблемы в дисгармоничном сосуществовании и конфликтном взаимодействии этих структур коллективного бессознательного в онтогенезе отдельно взятого индивидуума.

Архетип «номад» вошел в коллективное бессознательное в ту далекую эпоху, когда человечество вело кочевой образ жизни и обладало еще домифологическим мышлением. Специфика ландшафта степи, тундры, равнины, пустыни формировала номадический тип человека, его определенный жизненный цикл с хаотичной траекторией движения, на которой множественные точки пути, действовали как реле-переключатели. Мифологическое убийство Каином Авеля ознаменовало победу человека-земледельца над кочевником; появление поселения, города и соответственно человека «места» подарило человечеству новый архетип – «оседлый». Так началась ситуация единства и борьбы противоположностей, ситуация, разыгрывающаяся по сию пору на почве души и тела всех и каждого.

Продукт постмодернистической культуры, человек сегодняшней, все чаще описывается словом «номад». Позиционируемый как более «естественный», этот человек имеет в той или иной степени блокированный архетип «оседлого человека». Одна сторона дела – это расхожая внешняя атрибутика номадизма – миграция, туризм, глобализация, другая – внутренняя трансформация личности: негативное отношение к устойчивым социальным конструктам, правилам, нормам, отсутствие фиксации, привязанности, отрицательное отношение к повторению, множественность имен (nickname), внеисторичность, «*sine loco*», детерриториальность (виртуальное пространство интернета), элементарный анархизм, авантюризм, бесстрашие, склонность к самоуничтожению (в силу искажения инстинкта самосохранения) и т.д. Природа человека, формирующегося исключительно на архетипе «номада» во многом шизоидна а priori. Некоторые характеристики номадизма тому иллюстрация: «ризоматичность», которая отчетливо просматривается в различных нарушениях мышления (разноплановость, отсутствие единой линии понимания, актуализация латентных признаков), «турбулентность» как вычурность личности и как особое видение, претворяющееся в живописный прием Ван Гога и многих других душевнобольных художников, примат алгебры над геометрией (согласно исследованиям, детям, страдающим шизофренией, алгебра обычно дается легче), несомненные успехи иппотерапии в работе с аутистами (фактор исторической среды кочевника-номада, проявляющийся на уровне бессознательного) и т.д.

Бытие человека всегда тяготело к полюсу «оседлости». Доисторический петроглиф с изображением лабиринта, в котором есть вход-выход и центр, вся история человеческих войн и становлений народов, полисов, государств свидетельствует об этом. Там, где есть такие вещи, как территориальность, рифленость пространства, историчность сознания, религиозность, иерархичность, линейность, структурирован-

ность дороги, преимущественная ориентация на конечную цель, энергия удержания, накопления, там, бесспорно, привычнее. Экзистенциализм как относительно новый философский подход, говоря здесь в максимально сжатой форме, обеспечил прохождение через врата в кафковской притче о Привратнике, врата между «оседлым» и «номадным» в человеке.

Необходимость в альтернативном антропологическом концепте сегодня, о чем все чаще говорится в научных кругах – это, прежде всего, необходимость поиска ключа к сохранению душевного здоровья человека, самого главного условия для выживания человека как биологического вида в условиях стремительно набирающей обороты техничности. Возможно, что концепт этот формируется где-то в сфере нового понимания двух уже упомянутых вечно враждующих архетипов.

Стадия принятия болезни у терминальных больных – это обычно свершившаяся трансформация мировоззрения, она открывает дверь наружу, за рамки прежнего опыта. У людей с разными характерологическими особенностями этот процесс происходит по-разному. Но главный итог один: человек начинает относиться к своей болезни, складывающейся ситуации и к самому себе со спокойствием, которое проистекает либо из смирения перед судьбой либо из взятия на себя ответственности и обретаемого здесь мужества жить с этой данностью. К сожалению, «принятие» встречается не так часто, это сложная во всех смыслах работа. Попытка исследования психологических проблем пациента в контексте вышеописанных архетипов, формирующих модель как минимум «двух пространств» позволяет продвинуться в решении этой задачи. Графические тесты и проективные рисунки помогают определить, в каком «пространстве» преимущественно находится пациент, переживая болезнь. А уже существующие техники арт-терапии, музыкотерапия, гештальттерапия, практики майндфулнесс, медитация и др. помогают пациенту, следуя внутренним потребностям, «трансцендироваться» в том или ином направлении. «А смерть приходит сама по себе, Смертью теперь уже не являясь».

## ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ СОМАТОВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ОТВЕТ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

**Горчакова Н.М.**

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

Одна из трудностей в изучении эмоций это их субъективный характер. Под субъективным качеством подразумевается «весь набор

внутренних переживаний и чувствований, который составляет субъективную картину, характеризующую определенную эмоцию» (Кравченко Ю.Е.2012). Особо ценным для анализа остается субъективный опыт переживания эмоций, в котором наиболее доступным для осознания и описания компонентом является телесное переживание. Переживание эмоций сопровождается целым рядом телесных изменений и внешней экспрессией. Еще в клиент-центрированном подходе К. Роджерс постулировал, что организмический опыт предоставляет основные данные о существовании, а организмический оценочный процесс, свойственный каждому человеку, определяет, является ли что-то хорошим или плохим для организма в соответствии с тенденцией к актуализации (Greenberg L.S. 2011). Дисфункция появляется при отсутствии конгруэнтности между «Я»-концепцией и переживанием. Существование различных параметров оценки эмоциональной сферы, влияние субъективного характера эмоциональных переживаний, многокомпонентный физиологический процесс, сопровождающий эмоции (Schefer, K..2005). В наших исследованиях мы изучали периферический соматовисцеральный ответ у пациентов гастроэнтерологического, пульманологического и кардиологического профиля (Одинцова В.В., Горчакова Н.М., 2013). Особенностью телесного опыта пациенток с нарушениями пищевого поведения, является измененный образ тела, недовольство собственным телом, что дает возможность более пристально посмотреть на субъективный телесный опыт женщин с лишним весом. Результаты нашего исследования основаны на оценке своего способа проживать эмоции. Новизной исследования можно считать полученные данные о том, что экстернальное пищевое поведение не свойственно женщинам, у которых в животе локализуется только чувство радости. Чувство покоя и радости, свойственное определенной группе женщин, не позволяет им следовать за «внешней мотивацией», а ориентирует на себя, на свои собственные желания. Для всех опрошенных, у которых чувство «злости» локализуется в области живота свойственно эмоциогенное пищевое поведение. В этом случае процесс питания является компенсаторным: женщина ест, чтобы справиться с фрустрациями или сильными негативными эмоциями. За каждой эмоцией стоит конкретное физиологическое состояние, которое отражается на телесных ощущениях. Нам представляется значимой способность осознавать эти состояния, понимать их функциональность в конкретной ситуации, а значит и в какой-то мере управлять своими эмоциями, настроением, а возможно и состоянием здоровья. Кажется, что важно не только переживать хорошие эмоции, но и уметь их осознавать, поскольку каждая эмоция несет прежде всего информацию о том, как контакт со средой меняет нас.

*При поддержке РГНФ (номер проекта 13-06-00653)*

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИСТЕРЭКТОМИИ

**Дейнека Н.В.**

*СамГМУ, кафедра медицинской психологии и психотерапии,  
г. Самара*

Гистерэктомия (операция по удалению/экстирпации матки) является наиболее часто выполняемой операцией в гинекологии. Так, по данным Научного центра Акушерства и Гинекологии, частота выполнения гистерэктомии в России составляет 38% от всех проводимых гинекологических операций и отмечается тенденция к росту. В результате гистерэктомии могут возникать личностные переживания женщины, детерминированные восприятием матки как органа, символизирующего женственность, сексуальность и детородную функцию, что может приводить к нарушению адаптации и развитию депрессивных расстройств.

С целью изучения влияния гистерэктомии на психоэмоциональное состояние было исследовано 45 женщин, перенесших операцию, показаниями к которой у всех являлась миома матки. На момент исследования 80% пациенток состояли в официальном браке, 20% – в гражданском. У всех есть дети. Средний возраст исследуемых составляет 46,4±3,2 лет. Были использованы следующие психодиагностические методики: 1. Для исследования эмоциональной сферы: Методика СМОЛ (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., 2001), Дом, дерево, человек (Дж. Бук, 1948), 8-Цветовой тест Люшера (1948), Методика «личностный дифференциал» (Д.А. Богданова, С.Т. Посохова, 2008), Интегративный тест тревожности (Л.И. Вассерман и соавт., 1997); 2. Для исследования семейных отношений: Методика «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э.Г., Черемисин О.В., 1990), Методика «Удовлетворенность браком» (В.В. Столин и соавт., 2000), Тест супружеских отношений (А. Добрович, 2004).

Анализ эмоционального состояния показал, что женщины после гистерэктомии чрезмерно обеспокоены за состояние своего физического здоровья; склонны к тревоге, эмоционально неустойчивы. Во время опроса выявлено наличие переживаний за свое будущее (20%), неуверенность в себе (56%), чувство ущербности, присутствие страха потери сексуальной привлекательности (16%), ощущение «внутренней пустоты и стерильности» (18%).

По результатам методики СМОЛ высокие значения по шкалам невротической триады ( $p<0,006$ ;  $p<0,001$ ) и шкале психастении ( $p<0,02$ ) указывают на дезадаптацию по гипостеническому типу, ситуативно-обусловленным состоянием тревоги, склонности к страхам, снижением настроения. У 20% женщин наблюдалось повыше-

ние по шкале 1 (Hs) – ипохондрии, что свидетельствует о близости к астено-невротическому типу, отмечается эмоциональная значимость соматических ощущений: общее самочувствие, работоспособность, нарушение соматических функций, болевых ощущений. Склонность к жалобам, озабоченность своим физическим состоянием, пессимизм и неверие в успех. У 28% женщин отмечается повышенный уровень шкалы 2 (D) – депрессии. Это свидетельствует об ощущении внутренней напряженности, неопределенной угрозы, отсутствии уверенности в себе и самостоятельности. У 16% женщин повышен уровень шкалы 3 (Hu) – истерии, что говорит о способности к вытеснению факторов, вызывающих тревогу; демонстративное подчеркивание соматического неблагополучия с тенденцией отрицать затруднения в социальной адаптации. Так же у 16% женщин повышен уровень по шкале 7 (Pt) – психастении, что свидетельствует о тревожно-мнительном типе характера, которому свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.

При анализе полученных результатов по методике «Личностный дифференциал» у 36% женщин наблюдалось понижение по шкале «активность», что может быть связано как с полеоперационным состоянием, так и с вышеописанными личностными реакциями ( $p < 0,02$ ). У 44% женщин отмечалось понижение по шкале «сила», что свидетельствует о недостаточном самоконтроле, неспособности держаться принятой линии поведения, зависимости от внешних обстоятельств и оценок, также возможно наличие астенизации и тревожности. У 4% женщин отмечалось понижение по шкале «оценка», что может свидетельствовать о критическом отношении человека к самому себе, его неудовлетворенности собственным поведением, уровнем достижений, особенностями личности, недостаточный уровень принятия самого себя.

Исследование уровня тревожности показало достоверное повышение ситуативной и личностной тревожности. В структуре ситуативной тревожности преобладают такие компоненты как: эмоциональный дискомфорт (17%), что может свидетельствовать о сниженном эмоциональном фоне или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью; фобический компонент (18%), свидетельствует об ощущении непонятной угрозы, неуверенности в себе; тревожная оценка перспективы (22%) указывает на проекцию страхов в перспективу, в будущее, общую озабоченность будущим. В структуре личностной тревожности преобладали такие компоненты как: эмоциональный дискомфорт (21%), фобический компонент (18%), тревожная оценка перспективы (21%), социальные реакции защиты (16%).

В результате анализа полученных данных по цветовому тесту М. Люшера была выявлена тенденция выбирать на первое место такие цвета как фиолетовый (5) – 28%, зеленый (2) – 24%, коричневый (6) – 24%. На последней позиции часто оказываются черный (7) – 88% и серый (0) – 12% цвета. На последнем месте наблюдается и один из основных цветов – красный (3) – 4%, что указывает на наличие конфликта, тревожности, стресса.

У 16% женщин наблюдалась тенденция выбирать на первое место синий цвет (1), что может свидетельствовать о намерении действовать спокойно, без излишнего напряжения. Так же 16% женщин выбрали на первое место красный цвет (3), что говорит о потребности активно действовать и добиваться успеха. 12% на первое место предпочитали выбирать желтый цвет (4), что свидетельствует о потребности в перспективе, надеждах на лучшее, мечтах. У 36% женщин цвета № 1 и 2 (синий и зеленый) находятся рядом, (образуя функциональную группу), что тем самым подчеркивается их общая черта – субъективная направленность «вовнутрь». У 60% женщин отмечается сочетание цветов № 3 и 4 (красного и желтого), что подчеркивает направленность «вовне». У 56% женщин выявлена актуальная проблема, связанная с борьбой с ограничениями и запретами, желание развиваться свободно, надежда на будущее самоопределение. 40% женщин испытывают апатию и тревогу, сдерживают свои желания. 36% женщин хотят преодолеть ощущение пустоты и ликвидировать разрыв, который разделяет их от других.

При анализе семейных отношений у 65% пациенток выявлена неудовлетворенность браком. Многие женщины испытывают недостаток эмоциональной поддержки со стороны супруга. 48% женщин отметили, что семейная жизнь не оправдала их ожидания; 10% женщин давно уже думает о разводе, но только ряд обстоятельств мешает им реализовать это решение. 28% женщин отмечали сексуальную дисфункцию в отношениях с супругом. У большинства (52%) пациенток внутрисемейные отношения характеризуются дистанцированностью, повышенной конфликтностью, эмоциональным отвержением.

При проведении проективной методики «Дом, дерево, человек» анализ рисунков проводился по формальным и содержательным признакам. У 44% пациенток при рисовании наблюдался сильный нажим, что указывает на настойчивость, наличие напряженности. У 56% слабый нажим линий, что может свидетельствовать о недостаточной уверенности в себе, робости, нерешительности, колебаниях, беззащитности. Отрывистые линии часто указывают на то, что человек испытывает дефицит доверия к самому себе и дефицит самоуважения. У большинства испытуемых (56%) отмечается множественный тип линий

и наличие штриховки (80%), что также свидетельствует о повышении ситуативной тревожности и эмоциональном напряжении. Преобладали рисунки большого размера (68%), обычно такие люди характеризуются экспансивностью, склонностью к тщеславию, высокомерию. У остального числа испытуемых рисунки небольшого размера, для таких людей свойственна тревога, эмоциональная зависимость, чувство дискомфорта и скованности. Изображение занимает чаще место в центре листа (60%), что может говорить о незащищенности и ригидности, прямолинейности, у 40% рисунок имеет краевое расположение, что характерно для людей испытывающих неуверенность в себе, потребность в одобрении, поддержке, стремлении избегать нового опыта. Практически во всех рисунках присутствует симметрия (84%), что часто указывает на подавление спонтанных импульсов и эмоций, внутреннее напряжение. Во всех рисунках использовался цвет (от 2 до 5). Большинство испытуемых использовали теплые оттенки цветов: зеленый, желтый, розовый.

Так же можно отметить следующие особенности: наличие неудовлетворенности ситуацией в доме (рисунок дома расположен вдалеке) (60%), отсутствие необходимой эмоциональной поддержки дома (отсутствие на рисунке дома трубы) (72%), стремление контролировать свои фантазии (контур крыши дома прорисован тщательно) у 70% испытуемых, тенденция скрывать от других свои чувства проявляется у 55% пациенток. У 75% испытуемых прорисована кора дерева (штриховка), что может свидетельствовать о наличии внутренней тревоги, подозрительности. У 80% ствол расширяется к низу, это означает поиск надежного положения в своем кругу. Наличие острой вершины свидетельствует о защите от опасности. В рисунке человека наблюдается тенденция у 75% пациенток рисовать пустые глазницы, что может свидетельствовать об отстраненности от неприятных сторон жизни, отсутствие ушей, свидетельствует о неспособности воспринимать критику в свой адрес. У 64% женщин наблюдаются в рисунке человека покатые плечи, что говорит об отчаянии, унынии. У 36% угловатые плечи – признак защиты осторожности, амбивалентность чувств. У 20% женщин присутствуют облака на рисунке, что символизирует тревожность, связанную с взаимоотношениями с окружающей реальностью. Наличие на рисунке забора, контура земли наблюдается у 24% женщин, что может свидетельствовать о потребности в защите.

Таким образом, у женщин после гистерэктомии наблюдаются негативные изменения психоэмоционального состояния: снижение активности, эмоциональная лабильность, тревожность, сензитивность, ощущение непонятной угрозы, неуверенность в себе, тревожная оценка перспективы, что в сочетании с фиксацией на субъективном пережива-

нии утраты «психологически значимого органа», может способствовать развитию тревожной и депрессивной симптоматики, астенических и дистимических расстройств. Специфика психологического состояния женщин, их личностных реакций подчеркивает актуальность психологического сопровождения в послеоперационном периоде по следующим направлениям: коррекция эмоционального состояния; коррекция иррациональных установок; актуализация личностного ресурса, формирование позитивных установок в отношении будущего, семейное консультирование.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЛИЧНОСТИ, СТРАДАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА

Ефремова Д.Н.

*Кафедра психологии и педагогики Университета  
Российской академии образования, Москва*

**Актуальность исследования** обусловлена клинической значимостью нарушений и заболеваний, объединенных рамками синдрома нарушения абдоминального метаболизма. Симптомы нарушения абдоминального метаболизма в значительной степени ускоряют развитие и прогрессирование атеросклеротических сосудистых заболеваний, которые, по оценкам ВОЗ, занимают первое место среди причин смертности населения индустриально развитых стран. Ожирение часто сочетается с такими заболеваниями, как сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа), артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, ишемическая болезнь сердца (ИБС). Недостаточная изученность различия психологических особенностей личности страдающей с различными вариантами нарушений абдоминального метаболизма с учетом гендерных аспектов и является проблемой исследования [1, 2].

**Целью исследования** являлось изучение психологического статуса личности у больных страдающих нарушением абдоминального метаболизма (МКБ-10). Гипотезой исследования являлось установление взаимосвязи индивидуально-психологических особенностей личности с полом, возрастом и вариантом АБМ по группам, а также поиск прогностических факторов успешной психотерапии. На первом этапе исследования анализировали результаты индивидуально-психологического тестирования, признанные достоверными и корректными, 44 пациентов (мужчин – 79,5%, женщин – 20,39%) в возрасте от 21 до 65 лет из

70 опрошенных. Индивидуально-психологические особенности личности исследовались при помощи I6FKL (опросник Р. Кеттелла, Форма А), Методика уровня функционирования личности (MOS SF-36), тесты определения уровня тревожности (Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина). Анализ взаимосвязи тяжести заболевания, возраста и пола на индивидуально-психологические особенности пациентов проводился при помощи двухфакторного дисперсионного анализа, в виду того, что сравнение результатов велось по 3-м группам (АБМ) – как независимая переменная и учитывалось влияние 2-х факторов – пол и возраст и психологические качества личности (зависимые переменные). На основании медицинского обследования, данные пациентов распределены на три группы: ГР1 – пациенты страдающие нарушением абдоминального метаболизма с начальными признаками артериальной гипертензии. В том числе: мужчины 20,4; женщины 11,3; ГР2 – пациенты страдающие нарушением абдоминального метаболизма с выраженными симптомами СД; в том числе: мужчины – 31,8%; женщины 4,54%; ГР3 – пациенты страдающие нарушением абдоминального метаболизма с признаками артериальной гипертензии и выраженными симптомами СД (комбинированные); в том числе мужчины – 27,2, женщины 4,54%. При равномерном количестве испытуемых в группах (ГР1, ГР2, ГР3) наибольшее количество нарушений самочувствия отмечают мужчины (70,4%) в возрасте не более 45 лет. Полученные результаты подтверждают общемировые статистические данные о доминировании заболевания среди мужчин трудоспособного возраста, что заболевание чаще встречается у мужчин, у женщин его частота возрастает в менопаузальном периоде [1].

Анализ результатов исследования влияния психологических особенностей (зависимая переменная) личности I6FKL (опросник Р. Кеттелла, Форма А), испытуемых в группах ГР1, ГР2, ГР3 (независимая переменная) методом применения двухфакторного дисперсионного анализа показал, что имеются значимые различия между группами ( $p < 0,01$ ) по значению фактора «G» (социальная организованность). Близкие к значимым различиям значения, но не входящие в категорию ( $p < 0,01$ ), получены и по фактору В (высокий низкий интеллект). Данные по фактору «В» (интеллект), свидетельствуют о преобладании жесткости, ригидности мышления и имеющейся эмоциональной дезорганизации мышления, что можно объяснить состоянием переживания болезненных симптомов. Все испытуемые (В ГР1, ГР2, ГР3) отмечают у себя такие качества личности, как: высокую нормативность, сильный характер, добросовестность, настойчивость, готовых отстаивать правила общественной нормы и морали, ответственность, уравновешенность и степенность. С позиций психоаналитического подхода фактор «G» (социальная органи-

зованность) соответствует функции «Высокое супер-эго», которая характеризуют личность подавляющую свои естественные потребности и влечения, замещая их реализацией ригидных установок (полученных на разных этапах становления личности). Снижение показателей по фактору «G» (социальная организованность) в ГР3, свидетельствует о «низком супер-эго» склонности к поведению подверженному чувствами, готовностью не соблюдать принятые стандарты (лечения), на фоне разочарования в процессе терапии и тяжести болевых симптомов.

В исследовании были выявлены [1]:

1. Значимые личностные факторы (I6 FKL), характеризующие респондентов, страдающих нарушением абдоминального метаболизма в группах.

Респонденты ГР1 – характеризуются значимо выраженной беспечностью, небрежностью к проявлениям своего заболевания, доверчивостью к различным советам со стороны о вариантах лечения. Отмечаются черты конкретности мышления, снижению функции абстрагирования о рисках заболевания. Характеризуются склонностью проявлять упорство, стойкость, настойчивость в достижении целей. Обладают отсутствием склонности прислушиваться к своим физическим недомоганиям. Характеризуются, как люди с установившимися взглядами, идеями на процесс и способы лечения, терпимостью к физическим трудностям.

Респонденты ГР2 – характеризуются выраженной беспечностью, небрежностью к проявлениям своего заболевания, доверчивостью к различным советам со стороны о вариантах лечения, характерно проявление ригидности мышления, снижению абстрактных функций мышления. Воспринимают себя как личность эмоциональную, но дисциплинированную, с повышенным чувством долга. Проявляют низкую чувствительность, но реалистичность и практичность действий и суждений, от жизни ожидают малого. Проявляют терпение к различным физическим трудностям, подозрительны к новым людям, идеям.

Респонденты ГР3 – беспечны, проявляют готовность к присоединению с любым мнением, в том, числе и о методах лечения, проявляют небрежность в общении. Интеллектуальная сфера характеризуется ригидностью мышления, дезорганизацией мышления, снижением абстрактных функций. Отмечается склонность проявлять упорство, стойкость, настойчивость в достижении цели. Отличаются низкой чувствительностью, реалистичностью и практичностью действий и суждений, отсутствию склонности прислушиваться к своим физическим недомоганиям, умеют довольствоваться малым. Предпочитают консервативные методы лечения, подозрительны к любым новым препаратам, техникам, процедурам.



2. Установлены значимые различия между индивидуально личностными особенностями в группах у мужчин и женщин: мужчины ГР1 не достаточно удовлетворены своим физическим функционированием, состояние здоровья не нарушает привычные нагрузки по самообслуживанию, ходьбе, подъему по лестнице, переносу тяжестей. Они дифференцируют боль и ее влияние на способность заниматься деятельностью, включая работу по дому и вне дома, считают не значительным. Уровень личностной тревожности (иррациональной) о негативном влиянии заболевания на будущее повышен, мужчины ГР2 проявляют выраженную неудовлетворенность своим физическим функционированием. Состояние здоровья отражается на привычном образе физической активности и самостоятельности. Болевые симптомы своего заболевания плохо дифференцируют от других проявлений физического дискомфорта. Уровень личностной тревоги повышен. Пессимистически относятся к возможности снижения тяжести заболевания.

Мужчины ГР3 высказывают неудовлетворенность существующим физическим функционированием, зависимостью от окружающих в вопросах жизненного обеспечения. Болевые симптомы не дифференцирует, считает их доминирующими и определяющими их неспособность заниматься повседневной деятельностью. Уровень личностной тревожности (иррациональной) о негативном влиянии заболевания на будущее повышен. В ГР1 у женщин уровень личностной тревожности, в зависимости от степени тяжести симптомов заболевания увеличивается (от 39 – ГР1, до 59 единиц – ГР3). Переживание женщинами актуального состояния, осложненное индивидуально-личностными особенностями (уровень социальной организованности, изменение уровня физического функционирования, сложности выделения характера боли) повышают личностную тревогу, которая провоцирует эскалацию раздражительности, конфликтности, неудовлетворенности, повышение артериального давления и тяжести субъективного восприятия боли. ГР2 у женщин восприятие боли собственного заболевания не дифференцировано от других болевых ощущений. В ГР3 женщины значительно увеличивается уровень личностной (иррациональной) тревоги. Восприятие боли ведущего заболевания более дифференцировано.

3. Установлены значимые различия между индивидуально личностными особенностями в группах у респондентов не более 45 лет и более 45 лет. Для группы респондентов с нарушением абдоминального метаболизма не более 45 лет характерно: наибольшее количество нарушений самочувствия отмечают мужчины (70,4%) в возрасте не более 45 лет. При увеличении тяжести переживаемых симптомов, у испытуемых ГР2 в возрасте не более 45 лет, повышается ответственность за состоя-

ние здоровья, снижение риска развития осложнений. Для группы респондентов в возрасте более 45 лет. Частота нарушения абдоминального метаболизма у женщин возрастает. У испытуемых в возрасте более 45 лет, по мере увеличения тяжести переживаемых симптомов фактор G (социальная организованность) снижается, и ответственность за состояние собственного здоровья передается лечащему врачу. Наиболее остро воспринимают проявления симптомов болезни респонденты ГР2 в возрасте более 45 лет.

### Литература

1. Евремова Д.Н., Чернавский С.В. Гендерные аспекты исследования психологических особенностей личности при нарушениях абдоминального метаболизма// Социальная психология сегодня. Том 2/ Под ред. О.И.Каяшевой.- СПб.: НИЦ АРТ, 2014.-С.69-86.

2. Каяшева О.И., Николаева Н.В. Психологическое сопровождение личности в ситуации переживания кризиса // Человек как предмет междисциплинарного гуманитарного познания: Сборник научных статей Международной конференции.- 11-12 декабря 2014/ Отв. Ред. Е.В. Федосенко, Л.В. Уварова.- СПб.: НИЦ АРТ, 2015.- С.315-321.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК С ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫМ И ЭМОЦИОННЫМ ТИПАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Захарова М.Л., Егоренко А.О.  
СПбГПМУ, Санкт-Петербург

Пищевое поведение (ПП) – определенный стереотип питания в обыденной жизни и в ситуации стресса, включающий установки, привычки и эмоции, касающиеся еды; поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [3].

Адекватное ПП обусловлено пищевыми потребностями, связано с условиями внутри организма и направлено на поддержание его активного состояния. Нарушенное пищевое поведение, напротив, обусловлено не процессами внутри организма и пищевыми потребностями, а потребностями, связанными с разрешением эмоциональной напряженности или поиском путей разрешения внутриличностных и межличностных конфликтов. Игнорирование истинных пищевых потребностей и потребностей тела часто приводит и возникновению и развитию разнобразных соматических и психических расстройств [4].

Сформировавшиеся нарушения пищевого поведения (НПП) могут быть представлены определенными типами пищевого поведения. **Целью нашей работы** явилось исследование психологических особенностей девушек с ограничительным типом пищевого поведения (ОТПП) и эмоциогенным типом пищевого поведения (ЭТПП). ОТПП – ригидное, избыточное пищевое самоограничение и бессистемное использование диет, не соответствующее внешнему виду и самочувствию человека, а возникающее из-за неудовлетворенности своей внешностью. ЭТПП – гиперфагическое реагирование на стресс, направленное на редукцию эмоциональной напряженности и неудовлетворяющих эмоциональных состояний [3,4].

*Достижение поставленной цели предполагало решение следующих задач:*

1) Выявление групп девушек с ОТПП и ЭТПП с помощью авторской анкеты и Голландского опросника пищевого поведения «The Dutch Eating Behaviour Questionnaire» (DEBQ) [5];

2) Исследование дисфункциональных отношений у девушек с ОТПП и ЭТПП с помощью опросника «Шкала дисфункциональных отношений» (ШДО) А. Бека - А. Вейсман в адаптации М.Л. Захаровой [1,2];

3) Исследование защитно-совладающего поведения у девушек с ОТПП и ЭТПП с помощью опросников «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика – Г. Келлермана – Х.Р. Конте и «Копинг – тест» Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк и М.С. Замышляевой;

4) Исследование личностных особенностей у девушек с ОТПП и ЭТПП с помощью Гиссенского личностного опросника в адаптации Е.А. Голынкиной;

5) Проведение сравнительного анализа (с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни) и корреляционного анализа полученных данных (по методу ранговых корреляций К. Спирмена) у девушек с разными типами пищевого поведения.

**Объектом исследования** были девушки в возрасте от 17 до 21 года.

**Результаты.** По данным авторской анкеты и опросника DEBQ были сформированы 3 группы испытуемых: 30 девушек с ОТПП, 30 девушек с ЭТПП и 30 девушек без СТПП.

Исследование дисфункциональных отношений выявило, что для девушек с НПП характерна высокая степень выраженности когнитивных искажений (143,5 балла у девушек с ОТПП, 138 баллов – с ЭТПП), что достоверно ( $p < 0,01$ ) выше степени выраженности когнитивных искажений в группе девушек без СТПП (119,1 балла) и характеризует девушек с НПП как имеющих мешающие адекватному восприятию себя, других людей,

явлений окружающей действительности дисфункциональные отношения, которые вследствие затруднений адекватного, функционального понимания происходящего и вызывают разнообразные эмоциональные и поведенческие нарушения, в том числе, нарушения пищевого поведения.

Исследование механизмов психологической защиты выявило следующее: девушки с ОТПП и ЭТПП по сравнению с девушками без СТПП имели значимо более высокие показатели по шкалам «Вытеснение» (соответственно 59,6; 61,1 и 38,2;  $p < 0,05$ ), «Замещение» (50,1; 55,7 и 20,7;  $p < 0,01$ ) и «Компенсация» (54,5; 55,4 и 21,8;  $p < 0,05$ ), что говорит о том, что для девушек с НПП характерно в ситуациях стресса замещение недостижимых целей на более доступные и при этом не решающие основные проблемы (например, снятие эмоционального напряжения через прием пищи или усиленную работу по изменению физического облика), вытеснение неприемлемых чувств, мыслей, ситуаций из сознания, а вместо осознанного совладания со стрессом направленность на преодоление собственных реальных и воображаемых недостатков.

В структуре МПЗ девушек с ОТПП ведущее место занимает психологическая защита «Проекция» (77,8), достоверно выше представленная по сравнению как с девушками с ЭТПП (53,2;  $p < 0,05$ ), так и с девушками без СТПП (48,1;  $p < 0,05$ ), отражающая механизм снятия с себя ответственности за происходящее. При этом заниженная самооценка и неприятие себя может трактоваться этими девушками как критика и неприятие со стороны других людей, что может еще более повышать требования к себе и изменению своего физического облика.

Девушки с НПП имеют высокую напряженность многих МПЗ, что свидетельствует о неэффективности защитного поведения, а также о высокой эмоциональной напряженности и наличии внутриличностных и межличностных конфликтов.

Результаты исследования копинг-стратегий говорят о том, что девушки с НПП имеют более высокую степень выраженности и напряженность копинг-стратегий, что свидетельствует о неэффективности совладающего поведения этих девушек, о состоянии дезадаптации.

Статистически значимо более высокие показатели в обеих группах девушек с НПП в отличие от девушек без СТПП были выявлены по шкалам «Поиск социальной поддержки» (66,7; 62,1 и 41,3;  $p < 0,05$ ) и «Бегство – Избегание» (62,9; 64,5 и 45,7;  $p < 0,01$ ), что характеризует их не только как чаще обращающихся за помощью к другим людям в ситуации стресса, но и как желающих переложить на других решение проблемной ситуации, как склонных к демонстрации инфантильных формы эмоционального реагирования и поведенческих проявлений в стрессовых состояниях, что может найти выражение, в том числе, и в виде НПП. При этом

значимые ( $p < 0,01$ ) положительные корреляции между степенью выраженности дисфункциональных отношений и показателями копинг-стратегии «Бегство-Избегание» могут указывать на то, что высокий уровень когнитивных искажений, заложенных воспитанием и мешающих адекватному восприятию себя и происходящего вокруг, провоцируя эмоциональные и поведенческие нарушения, способствует формированию у девушек с НПП таких неадаптивных копинг-стратегий. И, наоборот, неадаптивное избегание решения проблем, отражающее характерные для более ранних периодов развития способы снятия нервно-психического напряжения, увеличивает искажения в восприятии себя, своего социального функционирования, жизненных ситуаций, других людей.

Также для девушек с ОТПП в отличие от девушек без СТПП свойственно более частое использование копинг-стратегии «Конфронтационный копинг» (52,8 и 50,2;  $p < 0,05$ ), а по сравнению с данными девушек с ЭТПП – преобладание показателей по шкале «Самоконтроль» (55,7 и 47,6;  $p < 0,05$ ), что нашло отражение и может являться отправной точкой формирования именно ограничительной формы пищевого поведения.

Достоверно отличающаяся от контрольной группы и высоко выраженная частота использования копинг-стратегий «Бегство – Избегание» (62,9; 45,7;  $p < 0,01$ ), а также «Конфронтационный копинг» (52,8; 39,7;  $p < 0,05$ ) и «Принятие ответственности» у девушек с ОТПП позволяет предположить наличие у них невротического внутриллического конфликта, который может находить выход, в частности, в ограничительной форме пищевого поведения.

В группе девушек с ЭТПП наиболее используемой копинг-стратегией является высоконапряженная стратегия «Бегство-Избегание», имеющая значимые положительные корреляции с показателями МПЗ «Замещение», то есть уход от проблемной ситуации не дает снижения психоэмоционального напряжения, которые девушки данной группы пытаются редуцировать другими способами, в том числе, приемом пищи.

В группе девушек без СТПП лидируют стратегии «Принятие ответственности», «Планирование решения проблем» и «Самоконтроля», что свидетельствует о том, что девушки склонны признавать свою роль в возникновении проблемных, стрессовых ситуаций и готовы, держа под контролем свои эмоциональные и поведенческие реакции и ситуацию в целом, анализировать и продумывать способы адекватного и эффективного выхода из нее.

В целом, защитно-совладающее поведение девушек с ОТПП можно охарактеризовать как защитное пассивно-оборонительное, девушек с ЭТПП – как защитное пассивное, а девушек без СТПП – как совладающее активное.

Исследование личностных характеристик выявило статистически значимо более низкие показатели по шкале «Социальное неодобрение-социальное одобрение» у девушек с ОТПП (22,5) и ЭТПП (20,7) по сравнению с девушками без СТПП (27,6;  $p < 0,05$ ) что свидетельствует о характерных для них субъективном мнении о собственной социальной неуспешности, непривлекательности и характеризует их как неуверенных и нерешительных.

Для девушек с ОТПП характерны более низкие показатели по шкале «Доминантность-Зависимость» и более высокие показатели по шкале «Контроль», что и объясняет возможность реализации именно у этих девушек строгого соблюдения диет. По сравнению с девушками других групп они более настойчивы в достижении своих целей и педантичны. Также указанные личностные характеристики имеют положительные взаимосвязи с копинг-стратегиями «Конфронтационный копинг» и «Положительная переоценка», что позволяет им демонстрировать более активное совладающее поведение.

Испытуемые с НПП отличаются самокритичностью и склонностью к депрессивным психоэмоциональным состояниям. Для девушек без СТПП характерна большая независимость, они более открыты, конгруэнтны и аутентичны.

Полученные в исследовании данные позволяют определить характерные для девушек с НПП особенности: низкая самооценка, неприятие себя, неадаптивные способы поведения в ситуации стресса и фрустрации и высокая степень выраженности дисфункциональных отношений. В каждой из групп девушек с нарушением пищевого поведения эти характерные особенности имеют также свою специфику, что позволяет разработать для каждой из групп свою определенную модель психокоррекционной помощи.

### Литература

1. Захарова М.Л. Исследование дисфункциональных отношений у больных невротами и их динамики в процессе психотерапии. Дисс.... канд.псих.наук. СПб, 2001. – 225 с.
2. Захарова М.Л. «Шкала дисфункциональных отношений» как метод исследования когнитивных искажений // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: материалы XXIX международной заочной научно-практической конференции. Новосибирск: Изд. Сибак, 2013. – с.55 -65.
3. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. – М.: Эксмо, 2007.

4. Ромацкий В.В., Семин И.Р. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – №3. – стр. 61-72.

5. Van Strien T., Frijters J.E.R., Bergers G.P.A., Defares P.B. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior//Int. J. Eat. Disord. – 1986. – Vol.5. – №2. – P.295-315.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Ильмузина А.В.

*Кафедра медицинской психологии и психотерапии СамГМУ, г. Самара*

**Резюме:** ожоговая травма может являться сильным источником стресса и приводить к психологической дезадаптации. В исследовании проведенном на базе ожогового центра Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова г. Самары приняли участие 50 человек с диагнозом ожоговая болезнь II-III степени. В результате психодиагностического тестирования, клинической беседы и наблюдения были выявлены факторы, способствующие выздоровлению при ожоговой болезни. На основании полученных данных была сформирована программа психологического сопровождения пациентов с ожоговой болезнью. Основное место в ней заняли техники когнитивно-поведенческого подхода.

**Ключевые слова:** ожоговая болезнь, психологическое сопровождение, жизнестойкость, когнитивно-поведенческий подход.

Ожоговая травма – один из наиболее сильных источников стресса. Угроза жизни и здоровью, длительная госпитализация, выраженный болевой синдром, риск инвалидизации и получения физических уродств – все это может стать причиной психологической дезадаптации.

**Целью нашего исследования** является определение психологических реакций пациентов в остром периоде ожоговой болезни и оказание психологической помощи на госпитальном этапе.

В работе были поставлены следующие задачи:

- определить тип и направление эмоционального реагирования на болезнь, уровень ситуативной и личностной тревожности, уровень фрустрационной толерантности, стратегии совладания со стрессом, тип отношения к болезни,

- разработать программу психологической помощи пациентам в остром периоде ожоговой болезни,
- выявить психосоматические и соматопсихические корреляции в остром периоде ОБ.

**Методы исследования:** клиническая беседа и наблюдение; метод рисуночной фрустрации С. Розенцвейга; методика исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн; интегративный тест тревожности; Шкала Цунга для оценки депрессии; копинг-тест Р. Лазаруса; опросник жизнестойкости (в адаптации Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И.). Исследование проводилось на базе ожогового центра Городской клинической больницы №1 имени Н.И. Пирогова. В нем приняли участие 50 человек (мужчин и женщин поровну) с диагнозом ожоговая болезнь II-III степени.

Ряд авторов отмечает, что для профилактики посттравматического стрессового расстройства, социальной дезадаптации у больных с ожоговой травмой необходимо проведение как можно более ранней психологической реабилитации [1,2].

С целью повышения адаптационного потенциала пациентов ожогового отделения была создана программа психологической коррекции, направленная на стабилизацию эмоционального фона, снижение уровня тревожности, ослабление болевого синдрома, формирование адекватной внутренней картины болезни, обучение стратегиям совладания со стрессом.

При составлении психокоррекционной программы учитывались факторы способствующие выздоровлению и факторы, затрудняющие лечебный процесс, выявленные в процессе психологической диагностики.

Положительно на процесс выздоровления влияют: стабильный эмоциональный фон, адекватная внутренняя картина болезни, высокий уровень жизнестойкости и фрустрационной толерантности, социальная поддержка.

Жизнестойкость характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность, и опосредует влияние стрессогенных факторов на соматическое и душевное здоровье. Жизнестойкость представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром и включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска [3].

Жизнестойкость является проявлением экзистенциального понятия «отвага быть», помогающим человеку справиться с тревогой сопровождающей выбор между будущим (неизвестностью и

неопределенностью) и прошлым (стабильностью и неизменностью) [4]. Эта ситуация крайне актуальна для пациентов с ожоговой болезнью. «Массированный стресс во время ожога разрушает сложившиеся взаимодействия между индивидуальными особенностями разных уровней (в результате чего целостная структура индивидуальности может превратиться в конгломерат рассогласованных качеств), что оказывает отрицательное влияние на развитие болезни и компенсацию дефекта. Однако преодоление психологических последствий травмы может вывести человека на новый, более высокий, духовный уровень функционирования. Меняясь, человек проходит через спектр разнообразных возможностей, обретая в итоге свою целостность.»[5].

При создании программы психологической коррекции в качестве базы был взят когнитивно-поведенческий подход, в основе которого лежит представление что поведение и эмоции обусловлены не столько воздействием внешних факторов сколько их интерпретацией, отношением к ситуации, что отражает схема: события → мысли → эмоции → поведение.

Сниженное настроение и дезадаптивное поведение могут быть следствием дезадаптивных и дисфункциональных автоматических мыслей и установок.

У пациентов с ожоговой болезнью, можно выделить следующие иррациональные установки приводящие к эмоциональным нарушениям: произвольные умозаключения, избирательное невнимание; чрезмерные обобщения, преувеличения или преуменьшения; неспособность взглянуть на себя со стороны (пациент требует от себя невозможного); дихотомическое мышление «черно-белые» суждения (все или ничего, хорошо или плохо); долженствование (чрезмерное фокусирование на «я должен» поступать или чувствовать определённым образом, без оценки реальных последствий такого поведения или альтернативных вариантов) [6,7].

Выявление и коррекция у пациента противоречивых бездоказательных и непоследовательных суждений имеет важное значение для стабилизации эмоционального состояния и формирования адекватного отношения к своей болезни.

На каждом этапе ожоговой работа с пациентами имеет свои особенности. На стадии ожогового шока основными факторами стресса являются внезапность, боль, страх, стыд. Ожоговая травма фрустрирует у пациента потребность в безопасности. Для облегчения состояния пациента может использоваться техники «насыщения информацией» и «когнитивного структурирования». Для избавления от навязчивых воспоминаний об обстоятельствах ожога используется прием «вентиляции эмоций».

Таблица № 1

Структура тревоги у пациентов с ожоговой болезнью.

Компоненты тревожности	Обследование при поступлении	Обследование при выписке	Mann-Whitney U	p≤0,05
СТ-С ЭД	8	2,72	14,50	<b>0, 000</b>
ОП	7,2	4,56	113,50	<b>0, 000</b>
ФОБ	5,56	3,6	151,50	<b>0, 001</b>
АСТ	6,84	4,24	105,00	<b>0, 000</b>
СЗ	4,16	4,12	310,50	0, 969
Ситуативная тревожность	7,48	3,64	33,00	<b>0, 000</b>
СТ-Л ЭД	5,56	5,4	279,00	0, 507
ОП	5,04	5,88	236,50	0, 130
ФОБ	3,8	4,76	221,00	0, 060
АСТ	5,08	4,96	291,50	0, 670
СЗ	2,76	4,4	159,50	<b>0, 002</b>
Личностная тревожность	4,44	5,44	205,50	<b>0, 033</b>

На стадии токсемии пациент испытывает оторванность от привычного социального окружения, недостаток эмоциональной поддержки, страдает от тревожных мыслей о своем будущем, переживает изменения, связанные со своим телом. Особое место в структуре переживаний пациента занимает болевой синдром, выраженность которого часто связана с эмоциональным состоянием. Все это может привести к развитию у пациента тревожных, депрессивных или дисфорических реакций (гнев, раздражение).

Таблица №2.

Структура фрустрационной толерантности у пациентов с ожоговой болезнью.

Компоненты фрустрационной толерантности	Обследование при поступлении	Обследование при выписке	Mann-Whitney U	p≤0,05
Е'	0,64	0,28	277,00	0, 399
Е	6,76	5,6	219,00	<b>0, 027</b>
е	2,64	2,2	274,50	0, 452
Г'	0,6	0,56	297,00	0, 720
Г	3,04	3,32	273,00	0, 432
г	2,52	3,08	240,50	0, 154
М'	3,64	3,12	259,00	0, 294

M	3,24	4,72	221,50	<b>0, 044</b>
m	0,92	1,12	277,50	0, 474
GCR	29,37%	37,25%	157,00	<b>0, 002</b>

Для облегчения состояния используются следующие приемы: техника «вентиляции эмоций», методика инверсии возможностей [8], прием «когнитивной переработки» и «структурирования», десенсибилизация.

Психологическая работа с болевым синдромом проходит в несколько этапов:

1. информирование пациента о взаимовлиянии болевого синдрома и эмоционального состояния;
2. переоценка значимости болевых симптомов;
3. обучение релаксации (аутогенная тренировка, дыхательные техники);
4. обучение когнитивным техникам работы с болью посредством ее созерцания, вчувствования, мысленного раскладывания на компоненты, смещения фокуса на здоровые участки тела, трансформации ощущения боли в детальный визуальный образ с последующей редукцией;
5. коррекция поведения (переключение внимания на эмоционально-положительные стимулы, активизация деятельности доставляющей удовольствие) [9, 10]; использование музыкотерапии.

На стадии реконвалесценции пациент проявляет обеспокоенность своим будущим, возможными проблемами в профессиональной и межличностной сфере. На данном этапе решающую роль играет борьба с чувством беспомощности и безнадежности, подготовка больного к новой социальной ситуации развития.

Таблица № 3.

*Стратегии совладания со стрессом у пациентов с ожоговой болезнью.*

Копинг-механизм	Обследование при поступлении	Обследование при выписке	Mann-Whitney U	p≤0,05
Конфронтативный	38,21	38,89	292, 00	0, 688
Дистанцирование	73,78	43,78	86, 50	<b>0, 000</b>
Самоконтроль	50,47	65,15	203, 50	<b>0, 034</b>
Поиск социальной поддержки	50,45	55,33	267, 50	0, 379
Принятие ответственности	53,33	53,01	304, 00	0, 868
Бегство-избегание	48,35	40,66	213, 50	<b>0, 054</b>

Планирование	49,33	60,66	221, 00	0, 075
Положительная переоценка	44,19	36,38	240, 00	0, 158

На этом этапе проводится исправление когнитивных ошибок, имеющихся у больного. В работе с ожоговыми пациентами используются приемы объяснения и разъяснения (логический, эмпирический и прагматический диспут), сократовский диалог, техники «насыщения информацией», «отдаление», эмпирическая проверка, методика переоценки, декатастрофизация, использование воображения, смена ролей, переоценка ценностей, техника «мобилизация надежды».

#### Выводы:

1. В результате проведения исследования получены данные о психологических особенностях пациентов с ожоговой болезнью средней степени тяжести, что позволило углубить и расширить современные представления о психических изменениях данного контингента людей.

2. На основе полученных данных была разработана программа психологической реабилитации пациентов исходя из стадии ожоговой болезни.

3. Разработанная программа психологической реабилитации включена в работу ожогового центра Городской клинической больницы №1 имени Н.И. Пирогова. Включение программы в работу Центра способствовало ускорению процесса выздоровления и социальной адаптации, а также профилактике отдаленных негативных психологических последствий.

#### Литература

[1] Обухова Е.В., Самсонова А.В., Асадулина Ф.Р. Особенности течения ожогового шока и ожоговой болезни у жертв террористического акта в городе Астрахани //Актуальные проблемы термической травмы: Материалы междунар. конф., посвящ. 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию ожог. Центра. – Спб.,2002. – С.195-195.

[2] Полянина Д.А., Епифанова Н.М., Смирнов С.В. Особенности психотерапии при ожоговой болезни // Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации: материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. – М.: изд-во Института психотерапии, 2002. – С. 87-89.

[3] Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.

[4] Мадди С. Смыслообразование в процессах принятия решения // Психологический журнал. – 2005. –Т. 26, №6. – С. 87-101.

[5] Лафи С.Г. Психологические последствия термической травмы в контексте биопсихосоциальной парадигмы // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – №4 (63), апрель. Часть 2. – С. 257-263.

[6] Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.

[7] Качалов П.В. Когнитивная и поведенческая терапия невротоподобных нарушений у больных ожоговой болезнью. Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1988. – с. 102-107.

[8] Бурно А.М. Методика инверсии возможностей. Пособие для врачей. – М.: РУДН, 2011. – 68 с.

[9] Ковпак Д.В. Как преодолеть боль. Практическое руководство психотерапевта. – СПб.: Наука и техника, 2008. – 256 с.

[10] Ковшова О.С. Психосоматическая модель здоровья и болезни // Аспирантский Вестник Поволжья. – №11. – 2014. – с. 140-141.

#### **PSYCHOLOGICAL FACTORS CONTRIBUTING TO THE RECOVERY IN BURN PATIENTS**

*The article describes the results of a study conducted at the burn unit of City clinical hospital №1 named after. N.I.Pirogov, Samara. The study involved 50 people with a diagnosis of burn disease II-III degree. As a result, clinical interviews, observations and a number of psychodiagnostic methods, data were obtained about the social and psychological situation of burn patients at every stage of burn disease, the factors contributing to the recovery in burn patients. The result was a program of psychological correction, taking into account the obtained data. The program laid a cognitive-behavioral approach. The inclusion program in the burn center has helped to accelerate the healing process and social adaptation, as well as remote negative psychological consequences of burn disease.*

*Keywords: burn disease, psychological support, hardiness, cognitive-behavioral therapy.*

*The list of references*

[1] E. V. Obukhova, A. V. Samsonova, Asadullina F. R. Peculiarities of the course of burn shock and burn disease in the victims of the terrorist act in the city of Astrakhan // Actual problems of thermal injury: proceedings of the international. Conf. devoted to research and development. The 70th anniversary of the research Institute of emergency care n. a. I. I. Dzhanelidze and the 55th anniversary of the burn. Center. – SPb., 2002. – P. 195-195.

[2] Polyana D. A., Epifanova N. M. Smirnov B. C. Features of psychotherapy in burn disease // Mental health-spiritual health of the nation:

*proceedings of the V all-Russian scientific-practical conference on psychotherapy and clinical psychology. – M.: publishing house of Institute of psychotherapy, 2002. – P. 87-89.*

[3] Leont'ev D. A., Rasskazova E. I. Test of viability. – M: Meaning, 2006. – 63 S.

[4] Maddi S. Sense in decision-making processes // Psychological journal. – 2005. – Vol. 26, No. 6. – P. 87-101.

[5] Lapi S. G. Psychological effects of thermal injury in the context of a biopsychosocial paradigm // Actual problems of Humanities and natural Sciences. – 2014. – №4 (63), April. Part 2. – P. 257-263.

[6] Beck, A., rush, A., Shaw b, emery G. Cognitive therapy of depression. – SPb.: Peter, 2003. – 304 p.

[7] P. V. Kachalov Cognitive and behavioral therapy of neurosis-like disorders in patients with burn disease. Clinical and biological problems of General and forensic psychiatry. – M., 1988. – p. 102-107.

[8] Roughly A. M. the Method of inversion possibilities. Manual for doctors. – M.: PFUR, 2011. – 68 p.

[9] Kovpak D. V. How to overcome the pain. Practical guidance of the therapist. – SPb.: Science and technology, 2008. – 256 p.

[10] Kovshova O. S. Psychosomatic model of health and disease // Graduate Bulletin of the Volga region. – No. 11. – 2014. – p. 140-141.

#### **ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Каяшева О.И.**

*Кафедра психологии и педагогики Университета  
Российской академии образования, Москва*

Арт-терапия – относительно новый метод психотерапии, предполагающий использование искусств визуального ряда (рисунок, живопись, лепка, пластика, грим, боди-арт); исцеление посредством любого художественного творчества [3;4]. Методы арт-терапии (музыкотерапия, драматерапия, танцевально-двигательная терапия, сказкотерапия и др.) [2] и методы терапии творческим самовыражением [1] оказывают дополнительную помощь людям, страдающим психосоматическими заболеваниями [2]. Одной из целей экзистенциальной арт-терапии является восстановление аутентичности личности [5] психосоматического больного.

Самотрансцендентные ценности человека способствуют позитивному ощущению смысла жизни в связи с поставленными четкими

жизненными целями [5]. Экзистенциальная арт-терапия направлена на выявление смысла жизни психосоматического больного, обретение им смысла жизни или его изменение. Смысл жизни выражает отношение субъекта к внешним явлениям объективной действительности. Отсутствие смысла жизни порождает у человека «экзистенциальный вакуум». Потеря смысла жизни способствует развитию психосоматических заболеваний. Смысл жизни возможно обрести посредством совершения дела, в том числе, первоначального включения психосоматических больных в систему специально организованных арт-терапевтических тренингов.

### Литература

1. Бурно Е.М. Терапия творческим самовыражением. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.
2. Ефремова Д.Н., Каяшева О.И. Психосоматические заболевания: теории и практические исследования. – СПб.: НИЦ АРТ, 2015. – 102 с.
3. Карвасарский Б.Д. Об арттерапии// Психотерапевтическая энциклопедия. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: psyinst.ru/library.php. (дата обращения 14.09.2015).
4. Колошина Т.Ю., Трусев А.А. Арт-терапевтические техники в тренинге. – СПб.: Речь, 2010. – 189 с.
5. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: URL: http://www.psyinst.ru/library.php (дата обращения 14.09.2015).

## СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ: ФЛЕБОПАТИЯ, НЕЙРОПАТИЯ ИЛИ СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО?

**Киян К.А., Мазайшвили К.В.**

*ФМИЦПН, НМХЦ им. Н.И. Пирогова, Москва*

**Актуальность.** По данным эпидемиологических исследований от 2 до 10% населения имеют симптоматику, которую в специальной литературе принято называть синдромом беспокойных ног (СБН). Мнения ученых касаются генеза заболевания разнятся. Специалисты хирургического, неврологического и терапевтического профиля сталкиваются с жалобами на многочисленные болевые ощущения в нижних конечностях, часто они заставляют пациента и врача подумать о патологии вен в первую очередь. В большинстве случаев при проведении обследования и осмотра, никаких отклонений от норм не обнаруживают. И тогда пациент пытается решить проблему самостоятельно, меняя специалистов, применяя народную ме-

дицину и другие способы для облегчения неприятных ощущений. Но обычно это не приводит к желаемому результату.

**Цель исследования:** выявить частоту встречаемости соматоформных расстройств среди пациентов с синдромом беспокойных ног; выделить группы пациентов с синдромом беспокойных ног.

**Методы исследования.** На базе флебологической службы Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова в сотрудничестве с Московским НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России) обследовано 150 пациентов с СБН, из них большинство женщины (n=132, 88%) и 18 мужчин (12%) в возрасте от 29-76 лет (средний возраст 45, 2). Пациенты включались в исследование во время первичного приема врача-флеболога. Критериями включения были жалобы, характерные для СБН (неприятные ощущения в нижних конечностях, возникающие преимущественно в вечернее, ночное время, в состоянии покоя и др). Критериями исключения были: тяжелые и осложненные формы хронической венозной недостаточности; выраженные неврологические проявления; выраженные заболевания суставов нижних конечностей; шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

Схема обследования включала в себя:

- совместные осмотр и консультация врача-флеболога (включающее ультразвуковое ангиосканирование) и врача-психотерапевта;
- SSI 4-6 индекс соматических симптомов (вопросы, основанные на выявлении наличия соматоформного заболевания);
- опросник синдрома беспокойных ног (A. Rothdach, 2000);
- оценку психического состояния проводили с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, Zigmond A.S., Snaith R.P. 1983), шкалы депрессии Бека (A. Beck, 1961), шкалы тревоги Бека (A. Beck, 1988), шкалы восприятия стресса (PSS10, Cohen S., 1983), шкалы влияния жизненных событий (IES-R, Weiss, Marmar, 1997);
- оценку нейропатического компонента боли проводили с помощью опросников paindetect (R. Freinhagen, 2006), DN4 (D. Bouhassiraa, 2005).

**Результаты исследования:** Аффективная симптоматика обнаружена у 103 пациентов (68,7%). У 61 пациента можно предположить наличие соматоформного расстройства, согласно индексу соматического симптома 4-6, что составляет 40% от общего числа обследуемых. Неврологическая симптоматика встречается у 61 пациента (42%), неопределенная неврологическая симптоматика n=47 (31%). На основании результатов, выделили следующие группы пациентов:

1. с изолированной невропатической симптоматикой, n=16 (10,7%)



2. с неопределенным невропатическим компонентом, n=14 (9,3%)
3. с коморбидным состоянием (невропатическая и аффективная симптоматика), n= 77 (51,3%)
4. с аффективной симптоматикой, n=26 (15,3%)
5. с RLS без невропатической и аффективной симптоматики n=20 (17,3%)

**Выводы.** На основании полученных данных, можно сделать вывод, что достаточно большой процент пациентов с подобной симптоматикой относится к соматоформным расстройствам. Данные результаты очень важны, поскольку в дальнейшем это поможет для создания алгоритма диагностики и терапии пациентов с синдромом беспокойных ног.

### «ТРЕТЬЯ ВОЛНА» КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ. МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

**Ковпак Д.В.**

*СЗГМУ им. И.И. Мечникова,  
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии,  
Санкт-Петербург*

На протяжении последних двух десятилетий ряд исследователей и методологов психотерапии стали выделять среди вновь возникших за последнее время видов когнитивно-поведенческой терапии тенденцию к выделению так называемой «третьей волны». К первой волне они относят поведенческую терапию, ко второй когнитивную, раскрывшую «черный ящик» промежуточной переменной, а третью волну характеризуют выходом за пределы когнитивной сферы психики человека.

Компилируя данные методологов можно выделить в ряду основных видов когнитивно-поведенческой терапии третьей волны следующие варианты:

1. Когнитивная терапия основанная на осознанности – Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002).
2. Основанная на осознанности редукция стресса – Mindfulness Based Stress Reduction (Kabat Zinn, 1990).
3. Терапия принятия и ответственности – Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999).
4. Диалектико-поведенческая терапия – Dialectical behavior therapy (DBT) (Linehan, 1996).

5. Функционально-аналитическая терапия – Functional analytic psychotherapy (FAP) (Kohlenberg, Tsai, 1991).
6. Схемотерапия – Schema Therapy (Young, 1990).
7. Десенсибилизация и переработка движениями глаз – Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 1989)
8. Метакогнитивная терапия – Metacognitive Therapy (Clark, Wells, 1994).

В первых трех направлениях концепт Mindfulness является центральным компонентом, в 4-м, 5-м и 8-м – дополнительным.

Mindfulness, обычно передается термином «безоценочное осознание». Это процесс, при котором внимание направляется на настоящий момент, человек воспринимает то, что сейчас происходит в его внутреннем или внешнем мире, и стремится при этом к безоценочности и принятию. Он входит в роль доброжелательного и любопытного наблюдателя, который созерцает внутренние процессы, но не отождествляет себя с ними и не дает им себя поглотить.

Соответственно, и негативные мысли и чувства он наблюдает с приятием, не критикуя себя за них и не пытаясь их подавить. Внимание направляется на непосредственное восприятие через пять органов чувств, мысли и чувства наблюдаются в их текучести. При этом практикующий сознательно противостоит тенденции нашего ума оценивать, критиковать, искать причины, планировать и т.д., а развивает в себе способность принимать то, что сейчас есть, как нечто ценное и преходящее. В практике безоценочного осознания не преследуется никакая цель, а воспринимается процесс.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается рост интереса к изучению концепции осознанности как психологического конструкта и как формы психотерапевтического вмешательства для профилактики и лечения разных форм психоэмоциональных расстройств и психической патологии. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах и на сегодняшний день оформилось в самостоятельное направление. В современной психологии принято разделять два термина: осознанность (англ. awareness) и внимательность (англ. mindfulness). Осознанность обычно трактуется как способность произвольно сосредоточивать внимание на текущих событиях и ощущениях, произвольно переключать внимание с одних предметов на другие, управляя за счет этой произвольности процессом фокусировки.

В переводе с английского «mindfulness» означает «внимательность, памятьливость». Изначально это слово использовалось (а некоторые авторы утверждают, что было специально «изобретено») для

перевода с пали буддийского термина «сати» (санскр. «смрити», тиб. Dgepra). В палийских текстах слово «сати» на русский язык обычно переводят как «внимательность», но в действительности это понятие имеет более широкий смысл. Майндфулнесс – это осознанность или более функционально – направление внимания на текущий момент и бесстрастная, не реагирующая, принимающая все таким как есть осведомленность о нем.

Буддийские приемы культивирования «сати» (осознанности) были адаптированы западной психологией в 80-х гг. XX века. К настоящему времени концептуально mindfulness достаточно далеко ушел от своих восточных корней, вписался в контекст западной психотерапии, практической психологии и даже нейронауки. Сегодня говорят о существовании самостоятельного mindfulness approach (майндфулнесс-подхода) в психотерапии.

Джон Кабат-Зинн (одним из первых ввел этот термин в научный и практический оборот) – определяет mindfulness как «безоценочную осведомленность, возникающую в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося опыта». В своей работе «Coming to our senses» он утверждает: «Mindfulness может рассматриваться как дьящаяся от одного момента к другому, не основанная на рассуждениях осведомленность, вырабатываемая благодаря направлению внимания особым образом: то есть на текущий момент, максимально реагирующим образом и с открытостью сердца».

Другой авторитет, Бишоп дает следующее определение: «Mindfulness – это саморегулирование внимания с тем чтобы оно направлялось на текущий опыт таким образом, чтобы усилить распознавание психических событий имеющих место в данный момент... ему присущи такие качества как «любопытство, открытость, принятие».

В Institute for Meditation and Psychotherapy используется самое краткое определение «Mindfulness – осведомленность о настоящем моменте с его принятием».

В работе “The Mindful Waythrough Depression” под mindfulness понимают «внимание, которое мы направляем намеренно, на настоящий момент, безоценочно к существующему положению вещей».

В конце 90-х начале 2000-х годов на Западе на стыке психологии, нейронаук, философии и религиоведения складывается новая междисциплинарная область, которая приобретает условное название «contemplative science» – «созерцательная наука». Основным предметом исследования в данной области становятся техники созерцания и эффекты от практики таких техник. Эти техники не новость и открытие для человеческой цивилизации. Многие из даже являются прямыми за-

имствованиями из условно обозначаемыми как «восточные практики» техническими приемами например буддизма. В южной ветви буддизма – школе Тхеравады – уже не первое тысячелетие большое внимание уделяется осознанию различных психических процессов и бесстрастному наблюдению за ними. Школа Дзен строится на осознании происходящего в данный момент в повседневной жизни. Под влиянием буддийских школ в статьях различных западных исследователей появляются такие термины как «принятие своего опыта («acceptance of experience» (Hahn, 1998; Hayes, Strosahl&Wilson, 1999), «согласительное отношение к себе и страданиям других» (Gilbert, 2005), «способность к безоценочному самонаблюдению» (Kabat-Zinn, 1990)). Безусловно, психология со времени своего появления старалась проникнуть в суть подобных явлений и феноменов, практик и традиций, стараясь описать их феноменологически и каузально посредством научного языка. В свое время такие формы терапии как, например, гештальт давал свой контекст и язык описания данных процессов и феноменов. Видимо, пришло время когнитивно-поведенческому направлению психотерапии, вслед за экзистенциально-гуманистическим, приступить к переработке и описанию на своем терминологическом языке богатого наследия так называемых духовных практик и традиций.

Снижение стресса с помощью осознанности (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), это программа созданная Джоном Кабат-Зинном в медицинском центре университета Массачусетса. Программа была разработана для помощи людям с хроническим дистрессом, хронической болью и другими дисфункциями. Рандомизированные контролируемые клинические исследования продемонстрировали значительную положительную динамику пациентов с хроническим болевым синдромом, прошедших программу MBSR.

Когнитивная терапия с помощью осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) это вид терапии «третьей волны» основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии. Устранение депрессивной симптоматики приводит к редукции хронического болевого синдрома. Представления и убеждения о боли могут быть культурально и социально обусловлены, находиться под влиянием личностных predispositions, включать в себя копинг стратегии преодоления и совладания.

На субъективное восприятие боли оказывает влияние множество внешних факторов, в том числе когнитивный, дающий оценку переживаемому опыту. Например, в Индии, Малазии, Сингапуре и других местах Юго-Восточной Азии ежегодно проводится праздник Тайпусам,

индуистский праздник, отмечаемый в день полнолуния месяца тай по тамильскому календарю (январь/февраль) в честь бога Муругана, младшего сына Шивы и Парвати. Тайпусам – зрелище не для слабонервных. Дело в том, что самый суровый способ доказать свою верность Муругану и выполнить данный ему обет в обмен на исполнение сокровенного желания – прицепить дары металлическими крючьями к собственному телу. Многие европейцы считают его отвратительным и мазохистским фестивалем. Во время празднования индуисты вкалывают себе в спину здоровые крюки и тащат на них тяжелые грузы, прокалывают кожу, язык и щеки стальным стержнем, при этом не испытывая боли, а лишь чувство радости и благоговения. Некоторые верующие индуисты вставляют в свои спины крючки и привязывают к ним тросы, на которых они тянут платформы, называемые кавади. Как говорят адепты, они не чувствуют боли и кровь не идет из их ран, потому что они постоянно читают молитвы.

Социальный контекст, социальное научение также может оказывать влияние на восприятие боли. Наблюдения показывают, что в семьях, где родители страдают хронической болью, дети чаще жалуются на боль, чаще пропускают занятия, чаще обращаются за медицинской помощью. Из приведенных примеров явственно следует, что психологические и социокультурные факторы играют немаловажную роль в восприятии боли.

Mindfulness-Based Pain Relief, как часть практики MBSR, это программа лечения хронического болевого синдрома. Практика майндфулнесс, как это не парадоксально, не ставит своей целью убрать боль. Пациентам с хронической болью специально дают пояснение: «Мы не стремимся подавить боль, бороться ней или контролировать ее. Равно как мы не пытаемся влиять даже на наши эмоции. Мы вообще не пытаемся что-то «починить» или «исправить», хотя нам этого может очень хотеться. Напротив, мы просто ищем момент, чтобы сидя, стоя – в любом положении просто наблюдать за тем, что разворачивается в нашем опыте. Скорее, находя умиротворение в том, каково положение вещей, каким бы оно ни было. Парадокс и одновременно решение заключается в том, что, зачастую, состояние бытия, когда мы просто принимаем то, что есть, и не предпринимаем никаких попыток что-то изменить, само провоцирует изменения. Динамика и изменение – это базовое свойство всего сущего. Все меняется, все находится в движении – даже наша боль и наше отношение к ней. Если мы сохраним безмятежную позицию безоценочного наблюдателя, будем практиковать такую позицию осознанности последовательно и регулярно, то, тем самым, позволим изменениям осуществляться.

Принятие – один из ведущих принципов и приемов практики майндфулнесс. Принятие – это настолько могущественный фактор трансформации, что он лег в основу самостоятельного вида психотерапии – АСТ – Acceptance and Commitment Therapy – Терапии Принятия и Ответственности. Основная идея этого подхода состоит в том, что с какими бы переживаниями не столкнулся человек он способен принять их и действовать, невзирая на них, в соответствии со своими внутренними ценностями.

Как отмечал Д. Кабат-Зинн: «Принятие – это не пассивное подчинение, а акт распознавания того, что вещи таковы, какими они являются. Иногда они не такие, какими мы бы хотели их видеть. Принятие не означает, что мы не можем работать над тем, чтобы поменять мир или изменить те или иные обстоятельства. Но это означает, что пока мы не примем вещи такими, какие они есть, мы будем пытаться заставить вещи быть тем, чем они не являются, и это может породить многочисленные трудности. Некоторые вещи тяжело принять. Например, иногда вы испытываете боль в теле и не знаете, отчего это происходит. Это очень и очень тяжело принять, потому что в первую очередь вы хотите знать, в чем причина происходящего и устранить ее. И если у вас нет ответа на вопрос о причине боли, может быть очень и очень трудно принять это. Но что мы обнаружили при работе с пациентами с хроническими болями, так это то, что прежде чем по-настоящему работать с болью и страданием, нужно развернуть для боли и страдания ковровую дорожку с надписью «Добро пожаловать» и принять их такими, какие они есть».

### Литература

1. Кабат-Зинн Дж., Куда бы ты ни шел – ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни/Пер. с англ. М. Белобородовой. – М.: Независимая фирма «Класс», Издательство Трансперсонального института, 2001. – 208 с.
2. Ковпак Д. В. Олимпийское спокойствие. Как его достичь? – СПб.: Питер, 2014 – 208 с.
3. Brown K.W., Ryan R.M., Creswell J.D. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects // Psychological Inquiry. 2009. Vol. 18. P. 211–237.
4. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis // Psychiatry Research. 2001. Vol. 187. P. 441–453.
5. Chiesa A., Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. // J Altern Complement Med. 2009. 15(5): 593 – 600.

6. Clinical handbook of mindfulness / Didonna F. (Ed.). New York: Springer, 2009.

7. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse / Segal Z.V., Kennedy S., Gemar M., Hood K. et al. // Archives of General Psychiatry. 2006. Vol. 63. P. 749–755.

8. How does mindfulness-based cognitive therapy work? / Kuyken W., Watkins E., Holden E. et al. // Behaviour Research and Therapy. 2010. Vol. 48. P. 1105–1112.

9. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta, 1990.

10. Kaplan K.H., Goldenberg D.L., Galvin-Nadeau M. The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. // General Hospital Psychiatry 1993. 15(5): 284–9.

11. Keng S., Smoski M., Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies // Clinical Psychology Review. 2011. Vol. 31. P. 1041–1056.

12. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates. // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2009 Jun; 16 (2): 200–7.

13. Rosenzweig S., Greeson J.M., Reibel D.K., Green J.S., Jasser S.A., Beasley D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. // J Psychosom Res. 2010. 68(1): 29–36.

14. Shapiro, S., et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. // International Journal of Stress Management. 2005. Vol. 12(2), P. 164 – 176.

### **РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕНСИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА**

**Кошанская А.Г.**

*Адыгейский государственный университет, г. Майкоп*

Сахарный диабет (СД) II типа является наиболее распространенным эндокринным заболеванием. Число больных им с каждым годом возрастает, особенно среди лиц старше 65 лет, достигая 20%. Эффективность лечения СД II типа в значительной степени определя-

ся адекватной психологической установкой больного на соблюдение терапевтического режима и, в большей степени, чем многие другие хронические соматические заболевания, требует от пациента изменения образа жизни.

У больных СД II типа могут возникать психологические трудности, которые проявляются в поведении, неадекватном состоянии в виде курения, злоупотребления алкоголем, сокращения частоты самоконтроля уровня гликемии, нарушения диеты, пропусков приема сахароснижающих препаратов и т.д. Для формирования компенсированного течения СД II типа необходимо знание эмоционально-личностных особенностей, оказывающих выраженное влияние на поведение пациента. Многие больные склонны фиксировать свое внимание на сложностях своей жизни, систематически воспроизводя их в своем сознании, что блокирует способность к конструктивному мышлению и фактически останавливает процесс развития личности. Необходимо определить характер отношения больного к трудностям в целом и к соматическому неблагополучию в частности, понять его способность к самостоятельному и конструктивному поведению, изучить опыт преодоления проблем в подобных ситуациях, определиться с возможностью формирования установки на приобретение нового опыта и знаний. Одной из важных задач для специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь данной категории больных, является формирование ценностно-смысловой саморегуляции, позволяющей пациенту снижать уровень разнообразных стрессов, эффективно разрешать внутренние конфликты, повышать личностную идентичность и стабилизировать самооценку. Для этого необходимо снижать активность психологических защит, таких как вытеснение, рационализация, проекция, реактивные образования, которые препятствуют осознанию и осмыслению пациентом своей жизни [6]. Использование больными данных видов защит способствует искажению реальности, препятствует адекватному осознанию и полноценному пониманию влияния их поведения на собственную жизнь. Для решения психологических проблем необходимо ориентировать больных СД II типа на новые и конструктивные взгляды, решения и действия с установкой на результат. Обычно больные переживают ситуацию соматического неблагополучия эмоционально, не воспринимая проблемную ситуацию как умственную задачу. Поэтому важна коррекция эмоциональных нарушений, проявляющихся в виде высокого уровня алекситимии, депрессии, апатии, внешней и внутренней агрессии [1,3]. Отмечено, что больные испытывают эмоции, сходные с реакциями горя и потерь. Данное эмоциональное состояние возникает из-за множества ограничений, угрозы потери работы и профессионального роста, риска развития

соматических осложнений, вызывающих ощущение потери контроля над собственной жизнью и будущим, что способствует формированию инвалидной жизненной позиции. При этом многие пациенты считают свое заболевание результатом воздействия внешних факторов, случайностей и практически не прилагают собственных усилий для его восстановления. Смещение локуса контроля в сторону интернальности, повышение терапевтического комплайенса за счет повышения когнитивной сложности мышления больных способствуют компенсации диабета.

Психологическое сопровождение должно носить индивидуальный, системный характер, содержащий гибкий тактический подход с комплексом методов, направленных на мотивирование пациента в достижении адекватного контроля заболевания. Психотерапевт в форме побуждений и предложений помогает больному СД II типа думать, чувствовать и действовать. Особой формой вмешательств является ситуация терапевтического обучения. Процесс обучения в Школе диабета затрагивает не только биомедицинские, но и психолого-социальные аспекты жизни с диабетом. Общая терапевтическая стратегия определяется принципами гуманистической психотерапии, опирающейся на стремление человека к личностному росту, здоровью и адаптации. Используется сочетание классических психотерапевтических техник: рациональной психотерапии, поведенческого «научения», экзистенциальной психотерапии. Также важен корригирующий эмоциональный опыт, связанный с взаимной поддержкой больных, ощущением принятия, обмена личным опытом успешного или относительно успешного преодоления специфических для человека проблем с диабетом в рамках групповой проблемно-ориентированной психотерапии. Групповая психотерапия позволяет корригировать коммуникативные нарушения, обусловленные личностными особенностями человека с диабетом, его самосознанием. Одной из главных причин нарушения коммуникации является чувство неполноценности и страх отвержения со стороны окружающих. Многие пациенты полагают, что люди будут испытывать по отношению к ним чувства как жалость или презрение, и не желают этого, существенно сокращая объем и разнообразие своих социальных связей. Больные СД могут ощущать сильный дискомфорт при необходимости сделать инъекцию инсулина в общественном месте и своевременно принять пищу. При общении с врачами и родственниками больные используют обман, пытаясь избежать порицания их стороны, связанного с нарушением режима питания, контроля гликемии и приема сахароснижающих препаратов. В отношениях с окружающими у больных СД возможно повышение уровня конфликтности и враждебности, что практически всегда создает вокруг зону постоянной напряженности. Причиной этого чаще

выступает желание найти виноватых за свое неблагоприятное состояние и декомпенсацию диабета. Благодаря взаимодействию больных СД II типа в группе активизируются дополнительные резервы совладания с болезнью. Следствием коммуникативной поддержки в группе является то, что больной испытывает эмоциональное сопереживание, рассчитывая на помощь других, существенно повышает собственные возможности по управлению ситуацией и самим собой.

Таким образом, важную роль в формировании компенсированного течения СД играют психологические факторы, такие, как активизация собственных психологических ресурсов личности больных СД для выработки активной жизненной позиции, коррекция ценностных ориентаций, изменение системы отношений с окружающими, снятие эмоциональной напряженности, связанной с заболеванием, развитие способности регулировать свое эмоциональное состояние. Управление целесообразными изменениями в проблемном психологическом пространстве больного приводит к улучшению качества жизни, появлению устойчивых ориентиров и смысловых опор (новые цели и перспективы), навыков ориентировки в проблемной ситуации, навыков саморефлексии и самоорганизации, толерантности и психологической устойчивости к негативным факторам, что способствует компенсированному течению СД.

### Литература

1. Балаболкин М.И. Состояние и перспективы борьбы с сахарным диабетом // Пробл. эндокринологии. – 1997. – Т.43. – №6. – С. 3–10.
2. Вассерман Л.И., Ванчакова Н.П., Астахов Ю.С., Трифонова Е.А., Шадрин Ф.Е., Береговский В.Б., Холезова Н.Б. Психодиагностические критерии в оценке совладающего со стрессом поведения у больных сахарным диабетом // Психиатрические аспекты общемедицинской практики. – СПб.: Санкт-Петербургский психоневрол. ин. им. В.М. Бехтерева, 2005. – С. 99–100.
3. Дробижев М.Ю., Анциферов М.Б., Суркова Е.В., Захарчук Т.А., Мельникова О.Г., Щепцов В.В. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств // Пробл. эндокринологии. – 2002. – Т. 48. – №5. – С. 37–39.
4. Кошанская А.Г. Взаимосвязи психологических и клинических характеристик у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб, 2007.
5. Коркина М.В., Елфимова Е.В. Роль психогенного фактора в этиологии и патогенезе сахарного диабета // Российский психиатрический журнал. – 2004. – №3. – С. 15–18.

6. Мотовилин О.Г. Психологические аспекты сахарного диабета / О.Г. Мотовилин, Е.В. Суркова и др. / Вопросы психологии и психиатрии в практике лечения сахарного диабета – М., 2008. – С. 22-34.

7. Соловьева С. Л. Психологические особенности «психосоматической» личностной структуры // Вестник клинической психологии. – 2003. – Т.1, № 2. – С. 199–204.

8. Wasserman L.I., Trifonova E.A. Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships // The Spanish Journal of Psychology. – 2006. – Vol. 9, N.I. – P. 75–85.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРАКТИКЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА

**Лаптева Е.Н.**

*Многопрофильная клиника ЛЕНМЕДЦЕНТР, Санкт-Петербург*

Одной из основных проблем современной медицины являются психосоматические расстройства, возникающие на фоне различных стрессовых ситуаций у больных терапевтического и хирургического профиля и порой вводящие в заблуждения врачей различных специальностей, особенно молодых специалистов. Пациенты зачастую фиксируются на том или ином симптоме или проявлении, возникшем на фоне стрессовой ситуации, и долгие годы живут под психологическим давлением придуманной проблемы. При этом несуществующая проблема постепенно превращается в абсолютно реальный психосоматический комплекс, требующий всестороннего лечения.

Многолетний опыт лечения таких пациентов в клинике ЛЕНМЕДЦЕНТР свидетельствует о необходимости психотерапевтического воздействия на фоне комплексной терапии, включающей в себя как медикаментозную терапию, так и физиотерапию – лечебную физкультуру, массаж и другие физиологические методики, улучшающие метаболические процессы, укрепляющие иммунитет и отвлекающие от негативных мыслей.

Так, у 25 наших больных, из которых 15 человек – пациенты терапевтического профиля и 10 – хирургического профиля (17 женщин и 8 мужчин в возрасте от 19 до 57 лет), были жалобы на различные проявления психосоматического характера. Основные из них – страх появления того или иного симптома перенесённого ранее заболевания, тревога, плохое настроение, общая подавленность.

В качестве примера рассмотрим ситуацию одной из пациенток. Больная 25 лет перед перелётом в Америку посетила ресторан и отравилась. Практически половину полета она провела в туалете из-за частого жидкого стула на фоне схваткообразных болей в животе, постоянной тошноты и однократной рвоты. Пассажиры лайнера тщетно пытались попасть в туалет, можно себе представить стрессовую ситуацию вокруг туалетной комнаты, а если учесть длительность перелета из России в Америку, не удивительно, что данный эпизод очень взволновал пациентку и глубоко зафиксировался в ее сознании. По приезде домой больная была тщательно обследована, в том числе были взяты бактериологические анализы, проведены эндоскопические исследования. Лечащим врачом был подтверждён диагноз перенесённой пищевой токсикоинфекции, назначен курс восстановительной терапии, после которого все негативные физические проявления полностью исчезли. Однако вышеуказанный эпизод произвёл на пациентку настолько сильное впечатление, что проявился сильный страх при выходе из дома и при посещении различных общественных мест (страх отсутствия туалета при гипотетической возможности внезапного появления жидкого стула). На этом фоне стали возникать признаки депрессии. Пациентка стала проводить бесконечные обследования, зафиксировавшись на данной проблеме, в частности, она изучила все общественные туалеты на маршруте дом-работа-дом. На протяжении 5 лет (!) она продолжала искать патологию со стороны ЖКТ и других органов и систем. Зачастую усугублению данного состояния пациентки способствовало сомнение узких специалистов, к которым она обращалась, в отсутствии у данного пациента патологии, и дальнейший бесконечный поиск несуществующей болезни часто ещё больше пугал пациентку и заставлял вновь начать уже привычный для нее цикл обследования.

У больных хирургического профиля, которые обращались к нам в клинику, чаще данные психосоматические проявления фиксировались на фоне острых состояний. Например, внезапно возникший приступ острой кишечной непроходимости с последующим оперативным вмешательством, острая боль при прободении язвы, открывшееся кровотечение, заставляли мнительного человека в дальнейшем постоянно бояться повторения такой ситуации, что подвигало их также бесконечно ходить по врачам, винить их в безграмотности и продолжать и искать «тяжёлый» патологию.

Таким пациентам в клинике ЛЕНМЕДЦЕНТР назначалась комплексная терапия, включающая симптоматическую терапию, когнитивно-поведенческую терапию, проводимую как лечащим врачом, так и психологом, при необходимости инфузионную терапию с комп-

лексом витаминов и микроэлементов, сбалансированное питание, с применением продуктов повышенной биологической ценности серии ПОЛИПРОТЭН, а также, при отсутствии противопоказаний – массаж и лечебную физкультуру. Препаратом выбора в данной группе больных являлся препарат Эглонил (Сульпирид), первый представитель группы замещённых бензамидов с уникальным нейрхимическим механизмом, антипсихотическим эффектом, с отсутствием печёночного метаболизма и репаративным эффектом, что является привлекательным при ведении больных гастроэнтерологического профиля. Терапевтическое действие Сульпирида дозозависимо и может подбираться индивидуально в зависимости от тяжести течения той или иной патологии. Данному контингенту пациентов была подобрана минимальная дозировка препарата, которая при очень мягком воздействии позволяла достичь желаемого результата (по 50 мг 3 раза в день). Эглонил назначался с фототерапевтическим комплексом РЕЛАКС, а также с аминокислотами (Глицин).

Основной целью психотерапевтического воздействия являлась профилактика и лечение психосоматических нарушений, препятствующих реадaptации наших пациентов, и направлено на формирование у больных адекватного отношения к данному состоянию, уменьшению эмоционального напряжения, а также оказание помощи в формировании навыков работы над своим состоянием и эмоциональным напряжением.

Система психотерапевтического воздействия базировалась на индивидуальном подходе, который был нацелен на осознание больным безопасности своего состояния. Уменьшение уровня тревожности достигалось информированием, разъяснением и эмоциональной поддержкой. Подчёркивалась значимость ведения здорового образа жизни и работы над собой, прежде всего, здесь имеются ввиду аутогенные тренировки, обучение которым проводилось параллельно с основными психотерапевтическими занятиями.

В результате комплексного лечения из наблюдавшихся 25 человек у 21 пациента была полностью восстановлена работоспособность и психоэмоциональное состояние; 4 человека (3 женщины и 1 мужчина) были направлены в психоневрологические диспансеры по месту жительства.

**Выводы:** данное наблюдение показывает значимость и целесообразность проведения у психосоматических больных как терапевтического, так и хирургического профиля комплексной терапии, основу которой на фоне симптоматической терапии составляет психотерапевтическая работа, в ряде случаев дополненная очень мягким действием фитотерапевтических релаксирующих и седативных комплексов в сочетании с Сульпиридом, обладающим репаративным, антипсихотическим и стимулирующим действием.

### Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства (руководство для врачей). – М, Медицина, 1993, 400 с.
2. Когнитивная психотерапия больных с манифестными формами нарушений пищевого поведения. /Лаптева Е.Н., Крылов В.И. – Организационные, клинические и психологические аспекты психосоматической медицины: Сборник научных трудов под редакцией Незнамова Н.Г, Крылова В.И. СПб, СПбГМУ, 1996. С. 66 – 68.
3. Мак Глинн, Т. Дж. Диагностика и лечение тревожных расстройств: руководство для врачей / Т. Дж. Мак Глинн, Г. Л. Меткалф (Т. G. McGlenn, G. L. Metkalf) ; пер. под ред. Ю. А. Александровского. – American Psychiatric Press, 1989, 119 С.
4. ППБЦ Полипротэн в комплексной терапии больных с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) алиментарного генеза./ Лаптева Е.Н., Лаптева Е.С., Михайлов А.А. Материалы 16-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург – Гастро-2014». СПб, 2014. С. 78.
5. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б, Вукс А. Я. – СПб., 2005. – 86 с.
6. Сульпирид (ПРОСУЛЬПИН): новые данные о спектре терапевтического воздействия. /Точилев В.А. Снедков Е.В., Зайцев Е. А. Южно-Российский медицинский журнал, № 5-6, 2004 г. С. 54 – 56.

### ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ, СИСТЕМА МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ОСНОВА ДЛЯ СОЗДАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Ляшковская С.В.**

*СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, организационно-методическое  
отделение с клиникой внебольничной психотерапии,  
Санкт-Петербург*

Одной из важных задач психотерапии в нашей стране на современном этапе ее развития является более полная интеграция в медицину и здравоохранение, внедрение ее в практику оказания помощи при широком круге психических, психосоматических и соматических расстройств на основе биопсихосоциальной модели диагностики, лечения и реабилитации.

Психотерапию в рамках медицинской (клинической) модели можно определить следующими характеристиками (Михайлов Б.В., 2002; М. Пере, У. Бауман, 2002; Карвасарский Б.Д., 2006; Назыров Р.К., 2012; К.Н. Anchor, 1991):

1) организационно и юридически она является частью медицинской помощи;

2) является лечением, назначаемым при расстройствах различных клинических групп, соответственно и опирается на такие категории, как «здоровье» и «болезнь», «норма» и «патология»;

3) процесс диагностики является определяющим для последующей тактики и стратегии психотерапии;

4) профессиональная деятельность врача-психотерапевта определяется профессиональными компетенциями, обеспечивающими в первую очередь лечение конкретного пациента в условиях медицинской практики, а не теоретическими особенностями и технологическими схемами отдельных психотерапевтических методов.

5) определяющим для содержания психотерапевтического лечения является представление о доказанных биопсихосоциальных механизмах этиопатогенеза расстройства, представления о связи психологических и социальных факторов с проявлениями болезни, а также об изученных факторах лечебного воздействия психотерапии.

Актуальной практической задачей является создание эффективных моделей психотерапевтического лечения, которые позволяют учитывать сложность и многомерность современной биопсихосоциальной модели психических и психосоматических расстройств, включающей и объединяющей различные факторы их возникновения и использовать биологическую, психологическую и социальную составляющие комплексной лечебной помощи, а также организуют вокруг каждого пациента необходимые психотерапевтические мероприятия, специалистов и их взаимодействие между собой. Поэтому именно в рамках клинической модели психотерапии наблюдается интенсивное развитие интегративных тенденций (Ледер С., 1992; Ташлыков В.А., 1992; Тупицын Ю.Я., 1992; Холмогорова А.Б., 1996).

Анализ литературы позволяет выделить несколько подходов в формировании клинических моделей психотерапии, подразумевающих лечение психотерапевтическими методами различных нервно-психических расстройств.

Первый из них заключается в анализе того, как работает какой-либо психотерапевтический метод в отношении различных психических расстройств, и формулировании на основе многочисленных исследований клинических руководств с описанием дифференцированных рекомендаций

по применению конкретного психотерапевтического метода. Наиболее известные клинические руководства такого рода существуют в когнитивно-поведенческой психотерапии, например, *Clinical Handbook of Psychological Disorders, a Step-by-step Treatment Manual*, edited by David H. Barlow (The Guilford Press, 2001). В отечественной литературе также имеется целый ряд исследований, направленных на обоснование применения тех или иных методов психотерапии для лечения расстройств различных клинических групп (Миназов Р.Д., 2010; Третьяк Л.Л., 2007; Ковпак Д.В., 2005)

Второй подход основан на попытках соотнести между собой:

1) теоретические представления относительно психологических механизмов возникновения тех или иных психических расстройств, сформулированные на языке метода

2) результаты клинико-психологических исследований психосоциальных факторов и механизмов этих расстройств (доказанные психосоциальные факторы и механизмы этиопатогенеза)

3) определенный набор психотерапевтических интервенций, выбранный в соответствии с выявленными механизмами расстройства.

Результатом этого подхода является довольно большое количество частных программ психотерапевтического лечения психических расстройств, в разной степени представляющих собой эклектическую модель интеграции в психотерапии (Ениколопов С.Н., 1998; Балашова С.В., 2007; Федорова И.И., 2007).

Третий подход предусматривает в первую очередь создание клинико-психологической модели психического расстройства, которая затем служит основой для разработки и применения системы психотерапевтических вмешательств (иногда заимствованных из других методов и непротиворечиво сочетающихся между собой). В области «большой психиатрии» к такой модели можно отнести подход динамической психиатрии Г.Аммона, а в отношении невротических расстройств наиболее целостной моделью является личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разработанная Б.Д.Карвасарским, Ташлыковым В.А., Исуриной Г.Л., их коллегами, учениками и последователями. К этому же подходу можно отнести модели психотерапевтического лечения, разработанные Холмогоровой А.Б. для аффективных расстройств, и континуальную психотерапию, разработанную Валентиком Ю.В. для аддиктивных расстройств (Валентик Ю.В., 1993, 1995, 2002; Холмогорова А.Б., 2006).

В целом, клиническая модель психотерапии развивается в направлении разработки комплексных моделей психической патологии, т.е. изучения и выделения системы психологических факторов, лежащих в основе изучаемых форм патологии и определения на этой основе системы мишеней психотерапии.



Понятие «мишеней психотерапии» относится к универсальным понятиям и является одним из ключевых в описании психотерапевтического процесса. Формулирование мишеней при проведении психотерапии позволяет систематизировать психотерапевтическое воздействие, сделать его доступным для описания, воспроизведения и научного исследования.

Нами была проведена инвентаризация существующих представлений о мишенях психотерапии, выделены возможные плоскости и категории этих понятий.

С помощью экспертного метода было получено рабочее определение понятия «психотерапевтическая мишень»: это проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психотерапевтический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического вмешательства.

Предлагаемая классификация психотерапевтических мишеней опирается на существующие теоретические взгляды, а также клинические исследования в психотерапии, позволившие сделать предположение о том, что любая из возможных мишеней психотерапии будет относиться к одной из следующих 5 групп,

Выделенные плоскости или оси, отражают следующие возможные «источники» определения мишеней в условиях реального психотерапевтического процесса: 1) клинические проявления пациентов, проходящих психотерапию; 2) личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющих на возникновение и динамику расстройства; 3) особенности и необходимые условия психотерапевтического взаимодействия в рамках психотерапевтического процесса; 4) условия жизненной ситуации и микросоциального функционирования пациента, влияющие на формат психотерапевтического лечения, в том числе имеющие психогенные и патопластическое влияние на расстройство; 5) гипотетические конструкты психотерапевтических методов.

Разработанная на этой основе классификация включила в себя 5 основных осей (групп) психотерапевтических мишеней:

1-я группа – мишени, специфичные для клинической группы (клинические проявления невротических расстройств);

2-я группа – специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента (личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющих на возникновение и динамику расстройства);

3-я группа – специфичные для психотерапевтического процесса (изменяемые параметры психотерапевтического взаимодействия);

4-я группа – специфичные для клинической ситуации (условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенные и патопластическое влияние на расстройство, а также на возможности и условия лечения);

5-я группа – специфичные для психотерапевтического метода (гипотетические конструкты психотерапевтических методов).

Таким образом, представленная классификация мишеней психотерапии включает пять основных плоскостей или осей, к которым можно отнести все многообразие частных формулировок. Разработанная классификация психотерапевтических мишеней в дальнейшем может способствовать оптимизации индивидуальных психотерапевтических программ и программ исследования процесса психотерапии, и в конечном итоге будет способствовать повышению эффективности проводимой психотерапии и качества научных исследований.

## ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Миропольская О.В.**

*Международный психоаналитический центр семьи*

Психосоматические расстройства являются предметом исследования психосоматики – направления, возникшего на стыке таких дисциплин, как психиатрия, терапия, хирургия и медицинская психология. К настоящему моменту данное направление прошло путь от психоаналитических взглядов на формирование психосоматических заболеваний к биопсихосоциальной и холистической парадигмам понимания.

Обобщая множество определений психосоматики, можно говорить о том, что это междисциплинарное учение о взаимном неразделимом функционировании психического и телесного, о неизбежном влиянии психических процессов на соматическую сферу и наоборот.

Все расстройства и болезненные состояния можно представить как некий континуум, на одном полюсе которого будут расположены соматические болезни, а на другом преобладание психогенных факторов, в формировании заболевания. Психосоматическое расстройство имеет индивидуальное соотношение психического и соматического в каждом отдельном случае. Закономерно, что такое многообразие состояний влечет за собой вопрос о диагностике психологического фактора, для выявления глубины и тяжести личностных проблем и возможности оказания эффективной медицинской, психологической, а в некоторых случаях и социальной помощи конкретному пациенту [2, 5].

В настоящее время для диагностики психосоматических расстройств проводят *химические и физические обследования* биологического/соматического состояния, а для оценки психического/психологического состояния пациента *диагностическую беседу и психологическое тестирование* [2].

Диагностическая беседа – один из самых доступных методов психодиагностики. Эмпатический разговор пациента и врача изначально носит клинический характер и преследует терапевтические цели.

В дополнение к диагностической беседе разработаны разнообразные тестовые методики. Это стандартные опросники, а также проективные тесты, с неструктурированным стимульным материалом. Тесты-опросники, снижают субъективность исследователя, как правило, просты в обработке данных. Возможно одновременное применение опросников на больших выборках, что экономит время исследователя в разы и дает возможность для систематического сравнительного анализа данных о пациентах [2].

В диагностике психосоматических больных используют 16-факторный личностный опросник Р. Кеттела, опросник МРІ Айзенка, а также миннесотский многоаспектный личностный опросник ММРІ, который содержит 566 вопросов и содержит такие клинические шкалы, как: ипохондрии, истерии, психопатических свойств, тенденции маскулинизации-феминизации, паранойи, психастении, шизофрении и маниакальных черт, а также социальной инверсии [2].

Особое положение в клинике психологической, а тем самым и в психосоматической диагностике занимают опросники, которые построены скорее в прагматическом стиле, без непосредственного отношения к теории. Примером этого является *Гиссенский опросник соматических жалоб*, который выявляет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу состояния физического здоровья и высоко коррелирует с маскированной депрессией [2].

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют *тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН)*, построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов – шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю.Л. Ханиным [2].

Особое место занимают проективные методики. *Тематический апперцептивный тест (ТАТ)* направлен на выявление причины внутреннего конфликта. Также для психосоматических исследований плодотворно применяется Фрустрационный тест Розенцвейга (картиночно-фрустрационная методика), который позволяет проанализировать

зировать характер реакций на фрустрацию, особенно вектор агрессии, направленной вовне или внутрь [2].

Несмотря на многообразие психологических методов оптимальная технология отсутствует. Клинический психолог, работающий в психосоматической медицине, вынужден эмпирическим путем формировать диагностическую батарею для исследования пусковых механизмов, повлиявших на формирование и протекание заболевания. Это отнимает массу времени и не всегда дает надежные результаты.

На сегодняшний день по данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения 45% заболеваний связано со стрессом, а 30-50% обратившихся за терапевтической помощью в поликлиники с соматическими проблемами нуждаются в психотерапевтической помощи. И за последние десятилетия эти цифры неуклонно растут [5].

Для психогенных заболеваний, т.е. неврозов, и соматических функциональных расстройств невротического характера, Х. Шепанк в большом обзоре, посвященном результатам многолетнего исследования наследственности и среды, оценил значение компонентов дисперсии в генезе психогенных заболеваний. На первом месте стоят факторы наследственности (30%). Затем идет раннее развитие (25%), и, наконец, если объединить все три последующих фактора, то в 40% случаев имеет значение взаимодействие с окружающей средой.

Также статистически доказано, что психосоматические расстройства формируются в детском возрасте (70% неврозы и функциональные психосоматозы), в следствии многих факторов, в том числе: инфантилизм, психопатические черты характера, невропатию, психофизическая ослабленность вследствие болезней, истощений, хронической и острой психотравматизации, интоксикаций, дисгармоничные семейные отношения, патологизирующее воспитание и т. п. [7].

Многочисленные трудности диагностики влекут за собой проблемы предоставления адекватной медицинской, а в случае с психосоматическим больным психологической помощи.

По мнению Мак-Уильямс психологическая диагностика позволяет использовать диагноз для планирования терапии, дает информацию о прогнозе, защищает интересы пациента, помогает терапевту эмпатически относиться к пациенту и снижает вероятность того, что некоторые тревожные пациенты уклонятся от лечения [3].

Одним из наиболее интересных подходов в решении проблемы комплексной психодиагностики может являться интегративная система психодиагностики *методом Роршаха*. Данная система основана на структурно-интегративном подходе и характеризуется:

- достоверностью психометрических показателей методики;

- четким регламентом проведения процедуры и обработки данных;
- интегративным подходом к интерпретации полученных данных;
- оценка не только проективного, но и структурного материала.

Данный метод относится к проективным тестам и отличается слабоструктурированным стимульным материалом – невозможно угадать правильный ответ. И это один из важных моментов в диагностике психосоматического пациента, который как правило, с охотой держится за соматический симптом и неспособен принять эмоциональную природу своего расстройства. Данный способ диагностики позволяет снизить субъективность исследуемого, глубже изучить врожденные особенности восприятия человека и его индивидуальный жизненный опыт.

Тестирование включает в себя диагностическую беседу с применением анамнестического (биографического) метода для снятия сопротивления и защитных установок к незнакомой ситуации, а также установления доверительных, рабочих отношений. В результате тестирования мы получаем более 70 показателей, распределенных по разным кластерам и шкалам, что значительно облегчает последующую интерпретацию.

Полученные переменные включают в себя такие показатели, как индекс депрессии, индекс копинг-дефицита, индекс гипервигильности, обсессивный индекс, показатели социальной незрелости, суицидальную констелляцию, показатели нарушения мышления и смыслообразования, контроль и толерантность к стрессу, индекс самовосприятия или эго-индекс и многие другие данные, характеризующие разные психологические особенности.

Интегративная система психодиагностики методом Роршаха также содержит несколько показателей психоэмоционального состояния, а также индекс соматизации, который выявляет повышенное внимание к соматическому здоровью и телесным ощущениям. В клиническом плане данная особенность, как правило, проявляется в виде соматоформных и ипохондрических симптомов [1].

Уникальность данной системы состоит в том, что в результате исследования определяется структурная психограмма, включающая переменные для описания психоэмоционального состояния и адаптационных характеристик функционирования личности испытуемого.

Важно отметить, что в случае необходимости метод Роршаха эффективно сочетается с Миннесотским многофазным личностным опросником (ММРП) – дискретные показатели метода Роршаха получают типологическую направленность в контексте профиля ММРП и другими опросниками [1].

**Вывод.** При диагностике психологических факторов психосоматических расстройств целесообразно использовать интегративную систему, включающую: клиническое интервью, комплекс стандартизированных опросников, интегративную систему психодиагностики методом Роршаха.

### Литература

1. Ассанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. – М.: «Когито-Центр», 2011. – 397 с.
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2010. – 1024 с.
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Класс, 2006. – 480 с.
4. Петрова Н.Н. Основы психосоматической медицины: учеб.-метод. пособие. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2013. – 72 с.
5. Старшенбаум Г.В. Психосоматика: руководство по диагностике и самопомощи. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 251 с.
6. Сторожкова Г.И. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / под ред. Г.И. Сторожаква, В.К. Шамрея. – СПб.: СпецЛит, 2014. – 303 с.: ил.
7. Фесенко Ю.А. Первичная профилактика психосоматических расстройств у детей // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике: сб. науч. ст. – СПб., 2014. – С. 195-199.

## КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ И ПСИХОЛОГОВ

**Натаров В.И.**

*Курсы повышения квалификации центра «Комплексная защита информации», Санкт-Петербург*

Статья носит научно-практический характер в форме методических рекомендаций по внедрению достижений психологической науки и, прежде всего когнитивной, медицинской психотерапии и психологии, – в практику лечения и профилактики психосоматических заболеваний; в практику врачей, психологов в области профессионального здоровья. Поэтому, автор изменил структуры материала, характерную для научных статей и излагает в данной работе методические и практические

аспекты, отсылая по всем теоретика методологическим вопросам к работам, которые опубликованы ранее и даны в списке литературы (1-18).

Так, с позиции практики, можно привести пример, что в Великобритании есть государственная программа IAPT – программа для обеспечения доступа населения к психотерапии и обучению психотерапевтов, развитию сети центров помощи и психологическому образованию населения; поэтому ежегодно более 500000 британцев имеют возможность получать психологическую и психотерапевтическую помощь в рамках этой программы. Следует отметить, что 80% в этой программе – когнитивно поведенческие терапевты. (По результатам этой программы Лэйярд и Кларк написали книгу Thrive с подзаголовком «Как хорошая помощь в сфере душевного здоровья изменяет жизни и сохраняет деньги» – ссылка на сайте «Ассоциации КПП»(2)).

Когнитивная терапия (КТ), с практической точки зрения, определяется как любой вид психологической или психотерапевтической помощи, в котором ведущим объектом лечебного воздействия являются когнитивные процессы пациента или, как в случае психологической помощи, – и субъект их носителя. Например, арт терапия, Аутогипнотренинг, стресс и тайм менеджмент, терапия катарсисом, осознанием, групповой анализ (3; 4; 5) и другие виды терапии, в которых психологический, не медицинские факторы является ведущим (6; 7; 8) автор определяет как «Пси терапия», – для дифференциации с медицинской, лечебной психотерапией и психоло-психотерапевтическим или педагогическим консультированием.

Другими словами, когнитивная терапия (для краткости, в дальнейшем – пситерапия) – это оказание помощи клиенту, как субъекту лечебного процесса, посредством развития его когнитивных функций и ресурсов его сознания, как личности, субъекта деятельности и индивидуальности (Б.Г. Ананьев, 1980; 9). Понятие осознанности (Mindfulness) приобрело известность в современной психотерапевтической практике, благодаря исследовательской деятельности центра Осознанности при Массачусетском университете под руководством Джона Кабат-Зинном.

Поэтому, с позиции общеизвестной триады врач-пациент-болезнь, пситерапия, в отличие от классической психотерапии – это «психотерапия осознанием», которая основана на способностях врача (психолога) вызывать доверие и использовать субъективную, «внутреннюю картину болезни» и веру пациента, как систему ценностей, убеждений клиента, – использовать в лечебных или психотерапевтических и социо терапевтических целях (6-10).

В наших более ранних работах и в литературных источниках (С.В. Ковалев, 2012: 3-18) изложены факторы, которые необходимо

учитывать для достижения лечебных целей и эффективности лечебного процесса в триаде врач-пациент-болезнь<sup>1</sup>.

Современные исследователи психосоматических расстройств (ПСР) выделяют шесть концепций ПСР (Парфенов Ю.А. и др., 2013), из которых психодинамическая отвечает более всего специфики объекта и предмета проведенного исследования. Психодинамическая концепция рассматриваем ПСР как результат нарушения биологических и социальных механизмов адаптации к окружающей среде (1; 8) или слабость механизмов психологической защиты (9). Поэтому развитие адаптивности топ-менеджеров является, одновременно, и методом профилактики ПСР (2), и формой развития психосоматической надежности человека и его когнитивных функций (9) (как формы профессионального здоровья менеджера; Никифоров Г.С., 2013; 2015).

Современные исследования взаимосвязи профессиональной деятельности и ряда соматических болезней показали, что руководители в восемь раз чаще страдают от инфаркта миокарда и других психосоматических расстройств, чем представители других профессий(8; 16), что определяет актуальность проведенного исследования, с позиции психосоматической надежности, как проявления профессионального здоровья руководителей (9).

С позиции такого подхода мишенью ПСР могут быть свойства человека как индивида, личности, субъекта деятельности и индивидуальности, – определение содержания и «границ» которых позволяет, в психологии профессионального здоровья, определить тип ПСР и выбрать адекватные методы профилактики этого расстройства.

В зависимости от определения границ ПСР в форме профессионального выгорания личности менеджера, в наших работах выделены четыре группы методов системы профилактики выгорания HR, которые изложены в форме рекомендаций и опубликованы в «Психологическом журнале» и других центральных изданиях (1986-2014).

Из этих работ, ниже выделены четыре типа мишени ПСР и даны ссылки на источники, в которых описаны промежуточные итоги исследования и методические основы выбора методов профилактики ПСР, включая особенности их использования в практике психологического консультирования, психотерапии, тренинга, коучинга:

<sup>1</sup> Автор статьи был организатором и руководителем работы кабинета психологической помощи в санатории профилактории ЛГУ (СПбГУ, под научным руководством профессора, д.п.н. Т.А. Немчина, 1982-1990 гг.); кабинета психологической помощи Северо-Западного заочного политехнического института (под научным руководством профессора, д.м.н. А.С. Соловьева, 1985-1993 гг.); секции «Акмеотерапия: иррационально и рационально измененные состояния сознания» в Ассоциации тренинга и психотерапии города Санкт-Петербурга, 1994-2005 гг.

1 – на уровне индивида, – психофизиологический аспект выгорания, который определяется, в основном, возрастными и половыми и индивидуально типичными свойствами человека и вторичными свойствами индивида – структурой органических потребностей и динамикой психофизиологических функций человека. Высшей интеграцией свойств на уровне индивида является темперамент, тип которого определяет соответствующий метод работы с ним, например, Аутогипнотренинг (В.И. Натаров, 1986), стресс и тайм менеджмент, как регулирования распорядка дня, работы, отдыха и сна.

2 – на уровне личности больше представлен психологический аспект выгорания, как следствие нарушения межличностных и внутриличностных «границ» человека как личности, которые определяются его статусом в обществе, ролями и ценностными ориентациями, мотивацией поведения, которые в совокупности или в отдельности могут являться предметом различных тренингов личностного роста. Однако, сама личность в целом является субъектом тренинга, особенно на таком уровне интеграции личностных свойств как характер (В.И. Натаров, 2002);

3 – на уровне субъекта деятельности человек характеризуется посредством своей деятельности по преобразованию той действительности, в которой он живет и своим сознанием как отражением этой действительности. Интеграция субъектных свойств человека проявляется как его профессиональное творчество, а профессиональное выгорание – как его отсутствие. Поэтому, например, стресс и тайм-менеджмент являются творчеством и его условием в профессиональной деятельности и самореализации (В.И. Александров, 2013)

4 – на уровне индивидуальности, которая является высшей интеграцией синтеза различных свойств человека, предполагается целостное, комплексное взаимодействие с системой мировоззрения человека, когда формы профессионального выгорания проявляются как потеря смыслов и значения своей профессиональной жизни, например, дауншифтинг (11).

Поэтому форма выгорания на этом четвертом уровне может меняться в зависимости от культуры, воспитания и обучения человека. Методы профилактики профессионального выгорания индивидуальности базируются, в основном, на создании профессиональной, организационной и корпоративной культур, реализующих миссию организации адекватно законам государства, потребностям общества и правилам профессиональной субкультуры (В.И. Александров, 2010), что проявляется на уровне профессиональной деятельности, как, соответственно, благонадежность, лояльность и профессиональная компетентность персонала, HR (17).

Практическим психологам и врачам, после определения типа ПСР и выбора методик работы с ним, рекомендуется учитывать факторы и уровни, когнитивной организации и зрелости когнитивной адаптации пациента:

1 – как он ориентируется в окружающей его среде и его базовое отношение к окружающему Миру (мир враждебен или дружелюбен), которое формируется до 1,5-2 лет (Э. Эриксон и другие); как клиент отвечает на вопрос – где Я?

2 – реактивное или проактивное поведение пациента в этой среде и по отношению к ПСР; (что я делаю в этом окружении!?)

3 – какие способности пациента более всего влияют или проявляются в ПСР и какие могут использоваться для процесса лечения в триаде врач-болезнь-клиент; (как я это делаю?)

4 – уровень намерений и развития волевой, целевой регуляции поведения; (что я действительно могу и хочу?)

5 – уровень ценностей, – зачем я это хочу? (быть здоровым или не болеть, бежит от болезни или идет к здоровью)

6 – уровень убеждений, доверия и веры, – плацебо эффект и «чудеса веры»;

7 – уровень индивидуальности и самоидентификация пациента с болезнью, лечением, выздоровлением или здоровьем (кто я!? – все в моем роду с богатырским здоровьем и жили долго... а я исключение... мне цыганка нагадала ... сглазила):

8 – уровень предназначения, осознания своей миссии и смысла, значения болезни в субъективном мире клиента?

9 – уровень самоопределения смысла и значения своей Жизни, миссии по отношению к окружающему человеку Миру, среде. Ответ на вопрос – зачем этот Мир мне? Наиболее актуален для подростков, молодежи планирующей свою социальную и профессиональную жизнь; пациентов переживающих возрастные кризисы и выходящих на пенсию. В той или иной степени может объяснять высокую смертность среди подростков, мужчин пред пенсионного и выходящих на пенсию возраста. И тот факт, что каждый третий российский студент планирует уехать жить за рубеж:

10 – уровень самореализации или самоактуализации в реальном, научном, профессиональном, виртуальном, искусственном или субъективном творчестве и мире. В том числе и посредством создания этих миров и «уход в них» из реального в ... болезнь или здоровье. Этого уровня творчества достигают только зрелые индивидуальности и профессиональные руководители, которые само реализуются посредством создания собственной организационной и корпоративной культур, на основе которых создается Мир, в котором они живут.

Рекомендуется учитывать семь факторов, которые определяют проактивную позицию пациента в триаде врач-болезнь-больной и ставят клиента на сторону психотерапевта, а не болезни; и эти семь факторов являются условием достижения результата и целей процесса когнитивной терапии:

1 – пациент реально должен хотеть выздороветь и быть здоровым;  
2 – клиент должен осознавать ценность тех возможностей, которые ему предоставляет выздоровление, как условие достижения своих целей в своей жизни;

3 – врач должен уметь строить контакт (на уровне раппорта) и вызывать у клиента доверие к себе и своим методам, чтобы пациент поверил в конечную цель лечебного процесса – свое выздоровление;

5 – методы и форма процесса когнитивной терапии должны соответствовать морально-этическим ценностям и уровню когнитивной организации, зрелости клиента, которые перечислены выше;

6 – процесс выздоровления рекомендуется строить на основе способностей и индивидуальных особенностей пациента (деформализация процесса), формируя у пациента веру в способность победить болезнь (с помощью врача):

7 – не протяжение всего процесса лечения, рекомендуется поддерживать у пациента веру в то, что выздоровление является заслуженным результатом совместных усилий врача и пациента; и что ответственность за результат процесса лечения распределяется равными долями между врачом и пациентом.

В когнитивной терапии ПСЗ, следует учитывать факторы, которые блокирует процессы когнитивной терапии (12) и переход пациента на более высокий уровень зрелости когнитивной адаптации (из выше перечисленных десяти):

1 – вторичная выгода от ПСЗ:

2 – психосоматический травматический опыт на ранних стадиях развития:

3 – конфликт различных частей системы ценностей или уровней организации человека. Например, инстинкт самосохранения на уровне индивида и свобода слова на уровне личности в условиях авторитарного или диктаторского режима.

4 – родительские предписания сценариев жизненного пути (Ян Стюарт, Вэн Джойнс Современный транзактный анализ) В основе ранних негативных решений людей лежат двенадцать постоянно повторяющихся тем, двенадцать приказаний:

1. Не живи (Сгинь, Умри);
2. Не будь самим собой;

3. Не будь ребенком;

4. Не расти (оставайся маленьким).

5. Не делай успехов;

6. Не делай (ничего не делай);

7. Не будь первым (не будь лидером, не высывайся);

8. Не принадлежи;

9. Не будь близким;

10. Не чувствуй себя хорошо (не будь здоровым);

11. Не думай;

12. Не чувствуй. Эти приказания родителей оказывают существенное неосознаваемое человеком влияние на жизненный сценарий и как результат на качество жизни в целом;

5 – самонаказание или чувство вины, когда ПСЗ является наказанием за «грех» или «проступок» пациента относительно значимых других...

6 – убеждения, само реализующиеся и само программирующие пророчества типа «у меня сердце лопнет от перенапряжения», «мне бы только до пенсии дожить» и тому подобное.

7 – неадекватные модели для самоидентификации с «героями» или моделями поведения и сценариями жизни. Например, с Есениным или Высоцким, что в последующем приводит к... алкоголизации или наркотикам.

Рамки статьи не позволяют более детально остановиться на особенностях когнитивной терапии на каждом из выше перечисленных десяти уровнях зрелости когнитивной адаптации; и дать методические рекомендации по использованию семи факторов эффективности когнитивной терапии ПСЗ и изложить методические рекомендации по работе с каждым из семи блокирующих процесс когнитивной терапии факторов. Этот материал есть в списке литературы (1-18) и будет являться содержанием последующих публикаций автора или семинаров и мастер классов, если они планируются в рамках конференции или после нее.

### Литература

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия: от теории к практике. Учебное пособие. СПб, Изд. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012, 91 с.

2. Дэвида Кларка (Оксфорд) о результатах программы IAPT) Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy's

3. Натаров В.И., Немчин Т.А. Психологическая помощь студентам в санатории-профилактории вуза. Методическое письмо Минздрава СССР «Организация кабинета психологической помощи в условиях санатория профилактория ВУЗа» (от 26.03.87) Изд-во АН СССР. М., 1989

4. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды (Человек как предмет познания): В 2-х т. Т.1.– М.: Педагогика, 1980. – 232 с., ил. (Труды д.чл. АПН СССР).

5. Натаров В.И. Аутогипнотренинг (метод психической саморегуляции). Психологический журнал. Т. 8. 1986. С. 105–110.

6. Натаров В.И. Принципы формирования социотерапевтических групп в вузе // В кн.: Актуальные проблемы повышения эффективности учебно-воспитательного процесса в высшей школе. – Л.: Изд-во ЛТИ, 1987. С. 144 – 150 (в соавт. с Соловьевым А.С.).

7. Натаров В.И. и др. Технологии социально-психологических тренингов: Учебное пособие. М.: Консорциум «Социальное здоровье России», 2001.

8. Натаров В.И. Группо-аналитическая психотерапия: методы, принципы. Психологический журнал. Т. 15. 1994. С. 127–137. Изд-во: Российской Академия Наук.

9. Психология профессионального здоровья. Учебное пособие/Под ред. Проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2006. – 480 с.

10. Натаров В.И. Влияние курса социально-психологического тренинга на самооценку «Я-образа» // Психологический журнал. 1990. Т.11. №5. С.89-104.

11. Натаров В.И. Нервно-психическое напряжение и психопрофилактика состояния здоровья студентов // Психологический журнал. 1988. Т.9. №3. С. 87 -93. Изд-во Академии Наук РФ, (в соавт. с Немчиным Т.А.)

12. Натаров В.И. Акмеотерапия: мгновенная психотерапия (психология здоровья), психология субъекта веры (психологии зрелости), социологии успеха (психологии профессионализма) // Журнал практического психолога. 1999. №9. С. 134 -142.

13. Натаров В.И. Методические рекомендации по ведению групп социально-психологического тренинга как активного метода обучения // Вестник Психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1997. №3. С. 3 – 17; №4. С. 3-18.

14. Натаров В.И. Активные методы обучения (в социальной и психотерапевтической работе) // Вестник Психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1999. №3. С. 3-14

15. Натаров В.И. Группо-аналитическая социо- и психотерапия: метод и принципы: Учебно-методическое пособие для ведущего группы. СПб.: Изд-во СПбГТУ Мин. науки, Высшей Школы и Техн. политики РФ, 1993.

16. Натаров В.И. Развитие акмеологической адаптивности в социокоррекционной, психотерапевтической и консультативной работе. Журнал практического психолога №10-11, 2000 год. С 72 – 88.

17. Александров В.И. Национальная идея – основа политики развития конкурентоспособности государства в постиндустриальном обществе (социально-психологические аспекты). В кн.: Психология Власти 2008. СПб: Изд-во СПбГУ, 2007. С.23 –29

18. Александров В.И. (Натаров) Развитие профессиональной зрелости топ-менеджеров как профилактика профессионального выгорания и деформации личности руководителей// В кн.: Акмеологические основы профессиональной культуры современного руководителя. СПб.: 2008. С 15-17.

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**Петрова Н.Н., Смирнова И.О.**

*СПбГУ, кафедра психиатрии и наркологии, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии, Санкт-Петербург*

На основе сравнительного анализа клинико-организационных аспектов оказания комплексной помощи пациентам, госпитализированным в психосоматическое отделение (ПСО) СПбГорКВД и пациентам, получавшим традиционное дерматологическое лечение, произведена оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий у больных дерматозами. Показано, что психические расстройства у пациентов с дерматозами впервые диагностируются во время госпитализации в дерматологическую клинику у 66% больных, в т.ч. у 13,3% – психотического уровня. В структуре психопатологии представлены нозогенные, соматогенные и эндогенные психические расстройства, а также «классические» психосоматические дерматозы – экзема (39%), псориаз (21,75%). Доля пациентов с психическими расстройствами с преимущественной проекцией на кожные покровы, госпитализированных в СПбГорКВД, составляет 2% в год. В ПСО значителен удельный вес психических расстройств сосудистого генеза, обусловленных преобладанием пациентов старшего возраста (62%), сконцентрированы больные патомимией и невротическими экскорациями. Койко-день в ПСО составляет 25,7 дня. Только 27% больных поступает в ПСО по направлению психиатра. Выписываются под наблюдение ПНД 33% пациентов ПСО, с рекомендацией обратиться в ПНД – 5%. Перевод в психиатрическую больницу осуществляется в 1% случаев. Как интегративный показатель эффективности лечения на примере больных псориазом, получающих разные виды стационарного лечения, было изучено качество жизни (КЖ). Пациенты с псориазом, получающие различные

организационные формы помощи, различаются по степени тяжести кожной патологии, частоте, выраженности и характеру аффективных расстройств. Наличие аффективных расстройств вызывает снижение КЖ пациентов с псориазом (в особенности по таким параметрам, как ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование и психическое здоровье и является причиной социальной дезадаптации больных). Улучшение КЖ прямо коррелирует с улучшением психического статуса пациентов (в частности, с уменьшением уровня депрессии). Коррекция психических расстройств необходима для эффективной терапии псориаза, что подтверждают результаты работы ПСО, где отмечается максимальное улучшение кожного процесса в результате лечения. Таким образом, актуальна проблема преемственности между психосоматическим отделением и внебольничным звеном психиатрической службы. Междисциплинарный подход к выявлению и лечению психодерматологических и ассоциированных психических и дерматологических расстройств способствует повышению качества жизни этих больных.

#### ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК ОТРАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Прокопович Г.А., Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Лодягин А.Н.**

*СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе,  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

**Цель исследования:** выявить особенности психосоциальных и клинических показателей пациентов, старшей возрастной группы, поступивших в многопрофильный стационар после незавершенной суицидальной попытки отравления, для оптимизации терапевтической тактики.

**Материалы и методы:** обследовали 53 пациента молодого возраста: 19 мужчин и 34 женщины, средний возраст  $26,6 \pm 4,4$ , ДИ (95%) – 25,4-27,8 лет и 24 пациента пожилого возраста, 4 мужчины и 20 женщин, средний возраст –  $71,9 \pm 10,8$ , ДИ (95%) – 67,3-76,4 лет. Исследование проводилось клинко-психопатологическим методом при помощи карты пациента с суицидальным поведением. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета STATISTICA6.

**Результаты и обсуждения:** наибольший процент отравлений седативными, снотворными и др. психотропными средствами (X-61) пожилые – 54,1% (13 чел.), молодые – 47,2% (25 чел.). у молодых людей преобладают демонстративные суицидальные попытки без реальной угрозы

для жизни (35,9%) и демонстративно-шантажные способы с непреднамеренной угрозой для жизни (39,6%), у пожилых – суицидальные попытки с истинными намерениями уйти из жизни (37,5%), 25% случаев у пожилых составили аутоэвтаназии. Выявлялась положительная корреляционная связь между аутоэвтаназией и одиночеством (0.6800), тяжелым соматическим заболеванием (0.5897) и постоянно трудно купируемой болью (0.6000). Связь между аутоэвтаназией и отношениями с близкими людьми отрицательная (-1,0000). Наиболее частыми у молодых людей являются проблемы несправедливого отношения со стороны родственников и окружающих (32,1%), ревность, супружеские измены, развод (32,1%). У пожилых пациентов также проблемы, связанные с несправедливым отношением со стороны родственников и окружающих (37,5%), одиночеством, отсутствием или недостаточным уходом (37,5%), а также проблемы со здоровьем (заболевания сердечно-сосудистой системы (62,5%), пролонгированные депрессивные реакции обусловленными расстройством адаптации (41,7%), эндокринные, метаболические заболевания и расстройства питания (37,5%).

**Выводы:** у лиц пожилого возраста выявлялись более серьезные намерения уйти из жизни, отмечалась связь суицидального поведения с одиночеством, соматическими заболеваниями и трудно купируемой болью, полученные данные позволяют говорить о необходимости преемственности и участие полипрофессиональной бригады в оказании помощи данному контингенту.

#### ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

**Прощенко С.А., Бубнова И.В.**

*Городской клинический онкологический диспансер,  
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург*

Необходимость оказания психотерапевтической помощи онкологическим пациентам не вызывает сомнения, однако до сих пор не существует единых стандартов ее проведения и не обозначены показания к ее применению. Существует мало исследований, которые изучали бы динамику эмоционального реагирования, личностные изменения, изменение внутренней картины болезни в процессе психокоррекционного и психотерапевтического воздействия. Важно отметить, что в результате недостаточного психологического и соматического иммунитета любая интервенция в отношении данной категории пациентов должна быть хорошо изучена и научно обоснована.



По количеству исследований когнитивная психотерапия занимает лидирующее положение среди всех существующих подходов. Эта форма терапии признана наиболее эффективной для лечения ряда эмоциональных нарушений – депрессивных, тревожных, фобических состояний, характерных для пациентов, болеющих жизнеугрожающими заболеваниями. Краткосрочность данного метода является несомненным достоинством для онкологических пациентов, находящихся в зоне биологического риска, высокого уровня неопределённости. Психотерапевтическое воздействие ориентировано на адаптацию к собственным переживаниям через поиск и изменение иррациональных (нереалистичных, неэффективных) глубинных убеждений и негативных представлений пациента о себе в связи с наличием тяжелого соматического заболевания, на формирование и поддержание положительной установки на «жизнь» во всех ее проявлениях (работа, семья, дети, друзья, творчество и т.д.).

При проведении совместных научно-практических мероприятий СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» и СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева было проведено экспериментально-психологическое исследование онкологических пациентов в процессе групповой когнитивной психотерапии. Данные исследования свидетельствуют о снижении общего психоэмоционального напряжения, невротических и болезненных реактивных состояний, восстановление эмоционального и когнитивного функционирования участников группы. Эти результаты позволяют трактовать изменения особенностей эмоционально-личностного функционирования как положительную динамику психического состояния больных, а также дают основание формировать гипотезу о наличии связи между положительным изменением эмоционально-личностных характеристик под влиянием прохождения групповой когнитивной психотерапии.

### **ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК С ТЯЖЕСТЬЮ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Ружинских А.Г.**

*Санкт-Петербургский Городской КВД, Санкт-Петербург*

В настоящее время большое внимание уделяется изучению влияния психосоциальных факторов на развитие, течение и рецидивирование псориаза. Отмечается, что имеющиеся психогенные реакции

непосредственно связанные с заболеванием, оказывают значительное воздействие на его течение и рецидивирование при психосоматическом варианте его течения. Лежащие в основе психические реакции иррациональные установки формируют иную смысловую картину мира, что так же подтверждается исследованием Раевой Т.В. (2006 г.), выявившим, что для больных хроническими дерматозами характерна базовая установка: «Больная кожа – это отсутствие счастья». Негативные иррациональные установки, являясь частью внутренней картины болезни (ВКБ) и непосредственно связанные с эмоциональными и поведенческими характеристиками, участвуют в формировании социального взаимодействия. Они оказывают влияние на образование дисфункциональных форм поведения, что свою очередь, способствует формированию социальной дезадаптации у больных. Нарушенное социальное взаимодействие связанное с заболеванием переживается больными в виде кризиса и являясь травматическим фактором, оказывает непосредственное влияние на течение, прогноз и исход заболевания (Вассерман Л.И., 2011).

**Целью нашего исследования** является анализ взаимосвязей социально-психологических характеристик и тяжести кожного процесса у больных с осложненным течением псориаза в виде псориазического артрита.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось на базе дерматологических отделений Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения Городской кожно-венерологической диспансер. В исследовании участвовало 31 человек в возрасте от 18 до 71 года. Группа включала больных псориазом с осложненной формой течения в виде псориазического артрита. В состав группы входили мужчины – 16 человек (51,6%), и женщины – 15 человек (48,4%). Средний возраст группы –  $51-60 \pm 1,35$  лет, длительность течения заболевания  $10-15 \pm 1,45$  лет. Для определения социально-психологических характеристик больных, в работе была использована следующая методика: Гиссенский личностный опросник. Тяжесть течения псориаза оценивалась по индексу охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ SPSS-22.0 с использованием описательной статистики, корреляционного анализа (коэффициента корреляции Спирмена).

**Результаты и обсуждения:** Проведенное исследование показало, что в данной группе больных среднее значение индекса PASI составляет  $26,46 \pm 17,38$ , что соответствует средней степени тяжести течения заболевания. Исследование социально-психологических характеристик при помощи Гиссенского личностного опросника выявило, что для больных характерна терпеливость, уступчивость, склонность к подчине-

нию и зависимому поведению (шкала «доминантность»  $m=57,45\%$ ). Они стремятся скрывать свои потребности, замкнуты, недоверчивы (шкала «открытость-замкнутость»  $m=55,35\%$ ), неуверены в себе, с низкой социальной активностью (шкала «социальные способности»  $m=57,94\%$ ). По другим значениям шкал характерно сбалансированное поведение.

Выявлены отрицательные корреляционные связи ( $p \leq 0,05$ ) между шкалами «открытость-замкнутость» – PASI и «социальные способности» – PASI. То есть, по полученным данным, тяжесть течения заболевания у больных с осложненным течением псориаза непосредственно связана с их уровнем социальной активности и уровнем первичного доверия. Полученные данные помогают сделать прогноз, что при низких значениях индекса охвата и тяжести псориаза PASI (более легком течении заболевания), для больных характерно нарастание замкнутости, недоверия, подозрительности, формированием избирательного поведения. Отсутствие потребности во взаимодействии с другими людьми, взаимосвязано с усилением патогенного влияния ВКБ, наличием стигматизации и сформированных иррациональных установок.

**Выводы:** Результаты исследования выявили взаимосвязь между патогенными социально-психологическими факторами и тяжестью течения псориаза у больных. С целью снижения влияния патогенных социально-психологических факторов и профилактики психогенных обострений заболевания могут быть предложены адресные психотерапевтические и психокоррекционные, индивидуальные и групповые программы, направленные на модификацию и исправление иррациональных когнитивных конструкций, формирование адаптивной ВКБ. Это, в свою очередь, позволит снизить уровень социально-психологического дистресса у больных и тем самым ослабить роль психосоциального фактора в процессе обострения, течения и рецидивирования заболевания при его психосоматическом варианте.

## РАЗЛИЧИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА

Рукавишников Г.В., Петрова Н.Н., Смирнова И.О.

*СПбГУ, медицинский факультет,  
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург*

**Целью данной работы** было изучение особенностей структуры психопатологии у пациентов разного возраста с дерматозами лица.

**Материалы и методы:** В исследование было включено 70 пациентов в возрасте от 14 до 65 лет (средний возраст  $27,3 \pm 6,0$  лет), находившихся на амбулаторном лечении у врача-дерматолога. Все пациенты были консультированы дерматологом и психиатром. У 32 пациентов было диагностировано акне взрослых, у 24 – акне подростков, у 12 – розацеа и розацеаподобный дерматит. Обследованные пациенты были разделены на 2 группы сравнения в зависимости от возраста: первая группа – до 24-х лет включительно и вторая группа – от 25-ти лет включительно и старше. Оценка количественной выраженности психопатологической симптоматики выполнялась при помощи опросника SCL-90-R. Сравнение показателей шкалы проводилось с популяционными нормами, взятыми из материалов НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

**Результаты и обсуждение:** По результатам клинической беседы с врачом-психиатром сопутствующая психическая патология была диагностирована в 49% случаев. Психические расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 были представлены преимущественно диагнозами категории F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Количественная оценка выраженности психической патологии по группе в целом с использованием опросника SCL-90 подтвердила невротический уровень расстройств. У пациентов отмечались более высокие показатели, чем в норме в популяции по таким шкалам как соматизация ( $0,61 \pm 0,05$ ), межличностная тревожность ( $0,71 \pm 0,05$ ), тревожность ( $0,57 \pm 0,05$ ), фобии ( $0,31 \pm 0,04$ ), психотизм ( $0,34 \pm 0,03$ ). Также нами были отмечены статистически значимые положительные корреляции между тяжестью дерматоза и такими шкалами SCL-90 как соматизация ( $r=0,264$ ,  $p=0,034$ ), фобии ( $r=0,246$ ,  $p=0,048$ ) и дополнительные симптомы ( $r=0,302$ ,  $p=0,015$ ). При разделении пациентов по группам было отмечено, что уровни соматизации ( $0,69$  балла в младшей группе;  $0,56$  балла в старшей группе), враждебности ( $0,58$  балла в младшей группе;  $0,43$  балла в старшей группе) и обсессивно-компульсивных нарушений ( $0,64$  балла в младшей группе;  $0,56$  балла в старшей группе) были выше у пациентов младшей возрастной группы. Для пациентов старшей возрастной группы были характерны большая выраженность тревоги ( $0,63$  балла), чем в младшей возрастной группе ( $0,52$  балла). В то же время показатели депрессии, фобий и межличностной тревоги по группам существенно не различались.

**Выводы:** Таким образом, психические расстройства встречаются у пациентов с дерматозами лица с умеренной частотой и представлены преимущественно невротическими расстройствами тревожного спектра. Также можно предположить, что психопатологическая реакция на кожное заболевание лица проявляется у пациентов младшей

возрастной группы повышенным уровнем раздражительности и навязчивой симптоматикой. Для лиц старшей возрастной группы больше свойственно тревожное реагирование на проявления кожного заболевания. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации комплексного подхода к терапии данных пациентов.

### **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ**

**Рюмин А.В.**

*Таллинский Центр психотерапии «Imago Arte», г. Таллинн, Эстония*

В настоящее время количество больных с соматоформными расстройствами постоянно растет, и составляет, по данным ВОЗ, более 25% всей общесоматической сети.

Ригидность личностных свойств в самооценке больных с соматоформными расстройствами повышает терапевтическую резистентность данной категории заболеваний (5). В связи с этим, изучение специфических особенностей самосознания («я-концепции»), как одной из составляющих синдрома комплекса психологических нарушений при соматоформных расстройствах, поможет составлению эффективных психотерапевтических программ.

Методологической основой изучения соматоформных расстройств является комплексное изучение, учитывающее взаимовлияние психической, соматической и социальной сфер в рамках биопсихосоциальной парадигмы (4). Совокупное исследование структурных механизмов и системообразующих факторов системы отношений у больных соматоформными расстройствами позволяет выделить комплекс наиболее значимых личностных свойств, для оценки личностного смысла болезни во всей сложности и многогранности этого понятия и определить содержание и направление психотерапевтических воздействий (1).

Исходя из представления о том, что соотношение Я-идеального и Я-реального является одним из механизмов саморегуляции личности, это соотношение можно рассматривать как фактор, влияющий на уровень адаптированности и проблемной перегруженности системы отношений личности. Одной из существенных характеристик самооценки является степень ее адекватности, определяющая в значительной степени активность жизненной позиции личности и эффективность социальной адап-

тации. Существенные противоречия между реальным Я и идеальным Я могут стать источником внутриличностных конфликтов, негативных переживаний и снизить эффективность адаптационных механизмов.

Самооценка (Я-концепция), внутриличностный конфликт и адаптивные реакции личности являются одним из основных регулятивных механизмов личности и при формировании ВКБ определяет ее главные психологические механизмы, а в лечебной программе становятся своеобразными мишенями для психотерапии (6). В целях повышения эффективности психотерапии важно определить «уязвимые места» и возможные ресурсы личности для улучшения адаптации.

В исследование включены 435 больных с невротическими расстройствами, проходившие курс лечения в Таллинском Центре психотерапии «Imago Arte» с 2003 по 2012 гг. (2). В соответствии с целью исследования была сформирована основная группа, состоящая из пациентов с соматоформными вегетативными дисфункциями СВД (F45.3 – МКБ-10) (293 чел.) и контрольная группа, состоящая из пациентов с расстройствами адаптации РА (F43.2 – МКБ-10), (142 чел.). Исследование проводилось с использованием клинико-психологического (2) и экспериментально-психологического методов. Экспериментально-психологический метод был представлен методикой для исследования личностных характеристик «Гиссенский личностный опросник» (3), позволяющей выявить базовые психосоциальные свойства личности больных неврозами.

При исследовании личностных характеристик пациентов с СВД выявлено следующее: 1) низкие средние значения по шкале социального одобрения в 23,08±0,36 балла в реальном Я испытуемых выявляют такие личностные характеристики, как представления о своей непривлекательности, неуважении окружающих, неумении добиваться поставленной цели, непопулярности. Достоверно высокие значения в идеальном Я – 30,25±0,39 баллов ( $p < 0,001$ ) отражают стремление к своей большей привлекательности, популярности, способности добиваться поставленной цели, уважении и высокой оценке других людей. Эти данные свидетельствуют об имеющихся проблемах взаимодействия с окружающими и желании их преодоления.

2) высокие средние значения по шкале контроля в реальном Я составили 26,41±0,29 балла, что говорит об избыточном контроле, который проявляется в педантичности, усердии, отсутствии склонности к легкомысленному поведению. Данные показатели являются по мнению авторов методики характерными проявлениями неврозов. В идеальном Я – меньшие значения 23,18±0,24, свидетельствуют о желании к снижению контроля, склонности к беззаботному поведению, легкомысленным поступкам.

3) депрессивный фон настроения у пациентов СВД подтверждается высоким средним значением по шкале преобладающего настроения  $27,32 \pm 0,34$  балла в реальном Я. Авторы связывают преобладающее настроение с основным для личности направлением развития агрессии, т.е. для высоких значений характерна агрессия против собственного Я. Более низкие значения в идеальном Я –  $22,89 \pm 0,36$  балла ( $p < 0,001$ ) отражают желание освободиться от подавленности, стремление к независимости, проявлению раздражительности и агрессии вовне. Сравнительный анализ личностного профиля Я реального больных СВД и РА, показал, что для больных с РА характерен более сниженный фон преобладающего настроения ( $27,32 \pm 0,34$  и  $31,26 \pm 0,39$  соответственно;  $p < 0,001$ ), а основным направлением агрессии является собственное «Я».

4) замкнутость, недоверие, отстраненность от окружающих пациентов СВД характеризуются средними значениями шкалы открытости – замкнутости равными  $25,04 \pm 0,31$  балла в реальном Я. В идеальном Я пациенты характеризуют себя как доверчивых, открытых перед другими людьми, обладающих большой потребностью в любви, открытостью –  $20,16 \pm 0,25$  балла ( $p < 0,001$ ). В этих данных отражаются основные противоречия социальных контактов и социального поведения СВД, характеризующие первичное доверие или первичное недоверие к жизни (по Э. Эриксону). Они страдают от своей социальной отстраненности и трудностей ее преодоления.

5) По шкале социальных способностей пациенты СВД в реальном Я характеризуются необщительностью, слабой способностью к самоотдаче, неспособностью к длительным привязанностям, бедной фантазией –  $22,24 \pm 0,29$  балла. В идеальном Я они видят себя более активными, общительными, с богатым воображением. Комплекс качеств, отраженных в этой шкале, позволяет судить о незрелости личности больных СВД, что затрудняет психологическую переработку переживаний и закрепляет пассивную мотивацию к лечению.

Расхождение концепций реального Я и идеального Я между собой имеют во многом конфликтный характер. В этом проявляется у больных обеих групп низкая степень принятия себя и наличие конфликтного отношения к себе. Сравнительный анализ личностного профиля Я реального больных СВД и с РА, показал, что для СВД характерен более выраженное проявление качеств, позволяющих судить о личностной незрелости ( $22,24 \pm 0,29$  и  $18,73 \pm 0,47$  соответственно;  $p < 0,01$ ), что отражается в низком уровне осознания психологических причин невроза и способствует формированию уязвимости их личности. Пациенты склонны больше фиксировать внимание на телесной сфере. Отсюда вытекают

ет низкий уровень самосознания и когнитивной дифференцированности своего физического и психического Я.

В полном согласии с полученными результатами исследования необходимо отметить значительные отличия выявленных структур-концепций «Я» больных СВД и РА. При статистическом анализе результатов реального Я достоверные различия ( $p < 0,01$ ) между группами испытуемых СВД и РА были получены по 1, 4 и 5 шкалам опросника.

1 шкала. Отмечена более высокая социальная репутация пациентов с РА, по сравнению СВД. Пациенты с РА лучше способны добиваться поставленных целей и к сотрудничеству.

4 шкала. Пациенты с РА были более подавлены, самокритичные и склонные к рефлексии, т.е. чаще оценивали свой фон настроения, как сниженный и больше были фиксированы на своих психологических переживаниях.

5 шкала. У РА больше доверия и открытости в общении с людьми, чем у СВД, которые плохо разбираются в своем состоянии, больше фиксированы на своих соматических проблемах (физическом недомогании).

При статистическом анализе результатов идеального Я достоверные различия между группами испытуемых СВД и РА были получены только по 2 шкале опросника. Пациенты РА желают быть более терпеливыми, послушными и уступчивыми, чем СВД. Определен тип конфликтного соотношения образов Я-идеальное и Я-реальное пациентов РА, который отражает более высокую проблемную нагруженность и низкий уровень социально-психологической адаптированности.

В результате данного исследования были выделены следующие особенности личности пациентов с соматоформными расстройствами: склонность к излишнему контролю; депрессивный фон настроения; замкнутость, отстраненность от окружающих; низкий уровень социальных способностей.

В целом следует отметить, что иерархия предпочтений личностных свойств в структуре самооценки больных СВД определяет своеобразие стилей поведения этой категории больных в ходе психотерапии. Они больше фиксированы на своих телесных ощущениях и склонны уклоняться от психологической работы по осознанию переживаний. Ведь для больных соматоформными расстройствами «язык тела» является существенной и порою единственной возможностью сообщить о своих внутренних переживаниях. Поэтому на первых этапах лечения важно уделять внимание телесной сфере больного (5). Выявленные в исследовании особенности структур-концепций «Я» больных СВД и РА определяют возможные «мишени» и содержание психотерапевтических мероприятий в этой нозологической группе.

**Литература**

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб, 2011, Изд. «Речь».
2. Вассерман Л.И., Рюмин А.В. Сравнительная характеристика динамики аффективно-поведенческих особенностей больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации в процессе психотерапии. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, СПб., 2012, Вып. XII, с.78-83.
3. Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Малкова Л.Д. и др. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевт. задач): метод. пос. СПб.,1993, 19 с.
4. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб.: ВВМ, 2007.
5. Рюмин А.В. Имаготерапия больных с соматизированными невротическими расстройствами в амбулаторных условиях: автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 1994.
6. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза», автореф. дис. д-ра мед. наук., Л., 1986

**ПСИХОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ:  
ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ****Соловьева С.Л.***СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Впервые данные о печальной «врачебной» статистике появились в работе доктора Уоллока «Умершие доктора не лгут»: «Средняя продолжительность жизни американцев сегодня, – пишет автор, – 75.5 лет, а продолжительность жизни врача – 58 лет. Так что если вы хотите отвоевать у жизни 20 лет, не поступайте в медицинскую школу». В книге Ф. Капра «Уроки мудрости» (1996) отмечается: «В Соединенных Штатах средняя продолжительность жизни врачей на 10-15 лет меньше, чем у населения в целом,... нужно помнить о большой ответственности, которая лежит на врачах, и об их постоянной причастности к страданиям....имеется тенденция заботиться о самом себе в последнюю очередь», – отмечает К. Саймонтон. «Среди врачей высока не только

заболеваемость, но также и количество самоубийств, разводов и других проявлений социальных патологий», – продолжает ту же мысль М. Локк».

Исследование, проведенное в Ростовском государственном медицинском университете на выборке из трех тысячи практикующих медиков в возрасте от 26 до 83 лет, показало: врачи, которые должны нести в массы представление о здоровом образе жизни, сами этой стратегии не придерживаются, отодвигают заботу о себе на задний план.

Продолжительность жизни врачей, по данным ВОЗ, составляет в среднем 54 года. Самый рискованный контингент – хирурги, реаниматологи и анестезиологи. Одно из первых мест по степени риска занимают психиатры и психотерапевты. Исследование ростовских ученых показало, что на пределе психических нагрузок работают не только те, кто стоит у операционного стола или выхаживает пациента в реанимационном отделении. 63 процента врачей различных специализаций признали, что испытывают синдром «эмоционального выгорания». Исследования последних лет свидетельствуют о том, что общая и профессиональная заболеваемость медиков приравнивается к таковой у лиц, работающих во вредных и опасных условиях труда (И.А. Парпалей, О.О. Лазуренко, Т.А. Тамакова, 2007). Так, показатель заболеваемости в здравоохранении в 30 раз выше, чем в народном образовании, и в 33 раза выше, чем в торговле и общественном питании (Г.Г. Онищенко, 2000).

Обращает на себя внимание чрезвычайно большое количество зарубежных публикаций, посвященных массовому характеру алкогольной и наркотической зависимости врачей, особенно мужчин. Причем авторы считают этот феномен следствием повышенного профессионального риска и непосредственно связывают его с синдромами хронической усталости и «эмоционального выгорания».

В наибольшей степени «эмоциональное выгорание» характеризует работу врача-психотерапевта. Врачи-психотерапевты по роду своей деятельности имеют дело с тенью, негативной стороной жизни: пациенты не приходят за помощью, когда они счастливы и чувствуют себя хорошо; они приходят к врачу, когда им плохо, страшно, когда они испытывают боль, дискомфорт. Пациент приходит, как правило, исчерпав все доступные ему возможности справиться с проблемой, истощив все ресурсы. Врачам приходится иметь дело не только с усталостью и безнадежностью, но также с болью, страхом, страданием, умиранием, смертью. Устанавливая контакт с этим миром страха и боли, психотерапевт работает собой, используя свою психическую структуру с ее спокойной уверенностью, искренностью и теплотой как инструмент профессиональной работы с больным. Предполагается наличие

у психотерапевта неисчерпаемых запасов силы, уверенности и тепла, умение противостоять отчаянию, враждебности и тревоге, за которым стоит личный опыт преодоления трудных жизненных ситуаций.

Работа психотерапевта адресована самым сложным и глубоким психическим структурам; по умолчанию она опирается на такие категории, как понятия справедливости, добра и зла, апеллируя к мировоззрению пациента. Обращаясь за помощью, современный больной не просто хочет избавиться от симптома; как правило, он бессознательно ищет в личности врача опору и поддержку, своеобразную философию жизни, в которую страдание и смерть вписываются как закономерные и естественные элементы жизни. Современный пациент нуждается в объяснении и обосновании смысла и содержания как процесса жизни, так и смерти. Он ищет некоторой духовной, идеологической, экзистенциальной, даже мистически-религиозной составляющей картины мира, на которую он может опереться, которая дает ему возможность принятия и контроля происходящего. Предполагается наличие у врача не только соответствующего профессионального уровня, но и определенного жизненного опыта, а также и некоторого знания, позволяющего этот опыт интерпретировать и экстраполировать в будущее.

По нашим наблюдениям, эффективный психотерапевт обладает опытом переживания и преодоления четырех базовых жизненных ситуаций – ситуации приобретения, утраты, угрозы и неопределенности, – и владеет разнообразными психотерапевтическими технологиями по интеграции этого опыта в картину мира своих пациентов. Пациент психотерапевтической клиники в момент обращения переживает, как правило, ситуацию, которую психологически можно определить как ситуацию неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, естественной реакцией на которую является тревога. Одной из первых задач в работе врача обычно является нивелирование тревоги и страха у пациента, что предполагает прежде всего снятие неопределенности, предоставление информации, обозначаемое иногда понятием «рациональная психотерапия». Тревога пациента дополняется широким спектром переживаний, с которыми психотерапевт последовательно взаимодействует, реализуя конечную цель – избавление от страдания.

Однако, в отличие от «наивного» пациента, который думает, что существует лекарство от всех болезней, что любую психологическую проблему можно решить, и любые взаимоотношения можно наладить, психотерапевт лишен этих счастливых иллюзий. Понимая свои профессиональные границы, как и неисчерпаемость человеческой природы, сложность человеческих отношений, врач может прийти к выво-

ду о принципиальной невозможности решения какой-либо проблемы, о невозможности налаживания каких-либо взаимоотношений. При этом предполагается психологическая устойчивость врача, способность сохранять самоуважение и аутентичность, справляться с беспомощностью. Даже не вербализуя свои философские и мировоззренческие представления, позволяющие сохранять душевное равновесие, психотерапевт обозначает их поведением, манерой вести себя. Формируется «психотерапевтический имидж» как инструмент работы врача, результат которой можно рассматривать в качестве «мифа», позволяющего пациенту выжить. Так, ориентация на интернальный локус контроля, который никогда не соответствует действительности, включающей в себя элемент случайности, на практике часто оказывается «продуктивным мифом», создаваемым психотерапевтом, для которого приоритетом является не соответствие реальности, а выживание и адаптивность клиента.

Помогая пациенту создать вокруг себя такую субъективную реальность, в которой он может существовать, психотерапевт исходит из собственной субъективной реальности, более масштабной, в рамках которой любое событие может быть переформулировано на противоположное. На практике тот «миф», в котором существует психотерапевт в своей профессиональной жизни, имеет под собой мощную философскую или религиозную основу.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С СОМАТО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

**Султанов Ш.Х.**

*Кафедра психиатрии и наркологии  
Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан*

С целью изучения особенностей лечебно-реабилитационной помощи больным опийной наркоманией в амбулаторных условиях нами было исследовано 50 больных. Все исследуемые больные злоупотребляли опиатами, которые являлись для них основным наркотиком. Все пациенты по длительности употребления препаратов опия разделили на 2 группы. Продолжительность злоупотребления наркотиками в 1 группе составляла от 4 мес. до 5 лет. Во 2-ой группе продолжительность наркотизации свыше 5 лет. У больных второй группы в сомато-неврологическом статусе имели место признаки соматических заболеваний и органического поражения головного мозга. У всех больных был сформирован

наркоманический абстинентный синдром. Возврат к приему наркотиков в первые 3 месяца в амбулаторных условиях отмечен у 30,74% больных 1 группы. Воздержание от приема до 6 месяцев продолжалось у 13,42%; до 1 года у 8,48%; Во 2-ой группе все эти показатели были статистически ниже.

Систематическое наблюдение в наркологических диспансерах по месту жительства и поддерживающее лечение продолжительностью не менее 1 года достигнуто у 8,48% больным 1 группы и у 3,85% второй группы.

Следовательно, в амбулаторных условиях, роль терапевтического фактора в попытке достичь регресса синдрома патологического влечения в манифестной стадии болезни мы признаём более результативным.

У больных с большой давностью заболевания отмечалось утяжеление клинической картины абстинентного синдрома как за счет соматической и неврологической патологии, так и за счет более выраженных тревожных, дисфорических нарушений. У этих больных отмечалось увеличение общей продолжительности абстинентного синдрома за счет тяжести соматических и неврологических осложнений, длительной астении и тяжелой общей интоксикации, вызванной массивным сочетанным приемом различных ПАВ. Эти нарушения требовали включения в схему лечения дополнительных методик, направленных на более эффективную дезинтоксикацию, восстановление реактивности и иммунных возможностей организма. Больным второй группы к лечению добавляли ноотропы и иммуномодуляторы.

Результативность терапии в амбулаторных условиях связана с длительностью наркотизации пациентов и более эффективна у больных с меньшим стажем заболевания. Основное значение для терапевтической редукции стержневого синдрома зависимости – патологического влечения имеет значение воздействие на все компоненты синдрома. Даже незначительное угасание доминанты влечения делает больного более доступным для психотерапевтического воздействия, позволяет не только удержать его в лечебном процессе, но и добиться его более активного участия в системе реабилитационных мероприятий.

Целесообразность амбулаторного лечения острых состояний с последующей противорецидивной терапией больных опишной наркоманией определяется следующими личностными и социально-биологическими факторами: твердая установка на лечение, критическое отношение к своему состоянию, благополучие в семье, возможность организованного и контролируемого приема лекарств на дому, изоляция от общения с больными наркоманией

Таким образом, анализ результатов лечения у исследованных больных показал существенные отличия в эффективности психофармакотерапии на различных стадиях течения наркоманий. Во второй группе целесообразно добавление к лечению ноотропов и иммуномодуляторов.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТОФОРМНОГО БОЛЕВОГО РАССТРОЙСТВА

**Ташлыков В.А.**

*Кафедра терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Хроническое соматоформное болевое расстройство (ХСБР) – клинический вариант соматоформных расстройств, при котором ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль в какой-либо области тела, которая длится 6 месяцев и не может быть полностью объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством. Особенности терапии ХСБР могут более точно определены при учете особенностей этиопатогенеза данного заболевания. Психогенная природа расстройства в чистом виде остается проблематичной, в связи с чем психогенный болевой синдром называют еще иногда идиопатическим (греч. – неясный, свойственный данному индивидуума).

Всемирной Ассоциацией по исследованию боли с 1994 года принято следующее определение боли: «Боль – это неприятное физическое и эмоциональное ощущение, вызванное реальным или потенциальным повреждением тканей». По данным ВОЗ, болевые синдромы составляют одну из ведущих причин (от 11,3% до 40%) обращений к врачам общей медицинской сети. Как свидетельствуют результаты специальных исследований, боли являются вторым по частоте симптомом у больных, обращающихся к психотерапевту (психиатру), а среди первично поступающих в психиатрические учреждения доля пациентов с хроническими болевыми нарушениями достигает 40%. Боль, продолжающаяся непрерывно (более 3-х месяцев) или периодически (более 6-ти месяцев), квалифицируется как хроническая боль. Хроническая боль вызывает дезорганизацию деятельности ЦНС, аффективные расстройства (тревогу, депрессию, дисфорию), нарушения функционирования внутренних органов и интегративных систем (нервной, эндокринной, иммунной).

Психосоматический подход в рамках биопсихосоциальной модели болезни расценивает феномен хронической боли как результат взаимодействия физических расстройств, соотношения активности ноцицептивной и антиноцицептивной систем, аффективных нарушений, личностных особенностей и социально-психологических факторов. Хроническая боль – это больше, чем физический симптом. Признана важнейшая роль ЦНС как основного компонента в генерировании и восприятии боли. Пациенты, страдающие хронической болью, нередко испытывают клинически выраженную депрессию. Как отмечает Н.П. Ванчакова (2001), депрессия устанавливается у 30-54% больных с хроническими болевыми синдромами. Некоторые исследователи, учитывая широкий спектр депрессивных расстройств, отмечают наличие 100% депрессивных переживаний при хронической боли.

При психогенном варианте ХСБР боль носит диффузный, но не локализованный характер, также свойственна изменчивость и зависимость болевых ощущений от провоцирующих факторов. При идиопатического типа алгии носят строго локальный характер, им свойственна устойчивость болевого ощущения и меньшая подверженность влиянию внешних факторов.

Обычно ХСБР провоцирует какие-либо эмоциональные конфликты и психосоматические проблемы, как способ добиться внимания, любви, избежать и искупить вину, способ манипулирования близкими. К психологическим факторам патогенеза данного вида боли относят :

- первичную выгоду пациента. Как правило, причиной боли является в определенной мере эмоциональная зависимость от объекта своего внимания. Речь идет о значимой личности из окружения пациента, дефицит внимания которого, заполняется чувством вины, низкой самооценкой, постоянной тревогой, самобичеванием на фоне физической боли, от которой приходит своеобразное облегчение.

- Вторичная выгода. Первопричиной усиления или хронизации боли является слишком активное внимание окружающих к больному человеку. Благодаря страданию от боли пациент получает сочувствие и сопереживание от людей, которые, по его мнению, оказывают ему недостаточное внимание.

- Психотравмы, эпизоды насилия, унижения или депривации в прошлом пациента также могут играть некоторую роль в патогенезе этой боли.

С позиции биопсихосоциального подхода к пониманию патогенеза ХСБР имеют значение и соматические факторы, в частности. :

- Хронический дефицит дофамина и других эндорфинов вследствие генетической предрасположенности, возрастных изменений, параллельных патологий значительно снижают порог болевой чувствительности человека и способствуют негативизации его эмоционального отношения к окружающей действительности.

- Недостаточность нейротранмиттеров, в частности – серотонина, роль которых заключается в ингибировании болевых сигналов, что повышает чувствительность даже к незначительным болевым ощущениям

Боли психического происхождения являются таким же психодинамическим феноменом как страх, депрессия, агрессия или конверсионные (истерические) проявления и обычно взаимодействуют с ними. Боли органического происхождения значительно реже имеют истерические или невротические симптомы, однако при них наряду с тревогой и депрессией нередко наблюдаются неприязнь, раздражительность или агрессивные типы реакций на хроническую боль. Феноменологически боли органического или психического происхождения существенно отличаются друг от друга.

Пациент с психогенной болью первоначально в диагностическом плане должен рассматриваться как страдающий органической патологией. Основными компонентами хронической боли являются ноцицептивный, когнитивный, аффективный и поведенческий («болевое поведение»). Следует также учитывать влияние болевого синдрома на качество жизни или уровень субъективной оценки пациентом удовлетворенности своим физическим и социальным функционированием в условиях болезни. Многофакторный характер хронической боли является обоснованием комплексного лечения, включающего психотерапию и психофармакотерапию.

При лечении пациентов с ХСБР наибольшее внимание привлекают страх, тревога, вина и депрессия. Проведение психодиагностики при такой боли важно для повышения мотивации пациента к психотерапии и определения психотерапевтических мишеней. Задачами клинико-психологической диагностики являются: 1) отношение к боли; 2) выявление эмоциональных расстройств и осознание пациентом их связи с болью; 3) выявление актуальных жизненных ситуаций и внутриличностных противоречий, способствующих возникновению и сохранению психотравмирующих переживаний; 4) осознание пациентом дезадаптивных личностных способов реагирования в трудных жизненных ситуациях; 5) выявление личностных ресурсов.

Задачами интегративной психотерапии хронической боли являются:



1) предоставление пациенту информации о сущности и психофизиологических механизмах боли, прежде всего, о влиянии негативных мыслей и эмоций;

2) переоценка значимости болевых симптомов и адаптация к боли;

3) обучение:

- техникам релаксации (прогрессирующая мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательная релаксация, образы релаксации);

- коррекции болевого (а также, тревожного и депрессивного) поведения – переключение внимания на эмоционально позитивные стимулы, позитивное мышление, активизация деятельности, доставляющей удовлетворение;

- умению трансформации ощущения боли в визуальный образ с последующей его редукцией.

4) повышение самооценки для преодоления стрессогенных жизненных ситуаций.

В процессе решения этих психотерапевтических задач используются методы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, когнитивной и поведенческой терапии, методики релаксации, техники визуализации, гипнотерапия. Неосознаваемое чувство вины и стоящий за ним внутриличностный конфликт, а также низкая самооценка являются мишенями для личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Когнитивная психотерапия ориентирована на адаптивные изменения в мыслях, чувствах и поведении пациентов, страдающих от хронической боли. С пациентом обсуждается влияние боли на личность, значимость преодоления чувства беспомощности. Он становится активным участником процесса лечения. В ходе поведенческой терапии и применения техник визуализации пациент повышает самоконтроль, приобретает навыки снятия стресса, релаксации и уменьшения ощущения непреодолимости боли. Методики традиционной и активной гипнотерапии направлены на повышение болевого порога и болевой толерантности с помощью следующих технических приемов:

- прямое внушение ослабления боли,
- внушение понижения чувствительности,
- техника диссоциации,
- замещение, перемещение
- отвлечение внимания,
- визуальные образы боли.
- самогипноз

В связи с некоторой общностью нейрхимических механизмов аффективных расстройств и хронической боли в практику лечения последней все более широко внедряются антидепрессанты, имеющие анальгезирующий компонент действия. В случаях хронической боли, сочетанных с тревожно-депрессивным аффектом, полезным является использование безопасных и хорошо переносимых антидепрессантов. Известно анальгезирующее действие amitriptилина, а также сертралина (золот, стимулотон), пароксетина (паксил, рексетин). В последнее время с этой же целью получает применение антидепрессанты двойного действия (в отношении нейромедиаторов серотонина и норадреналина), в частности, мirtазалин (ремекон, мirtазен), дулоксетин (симбалта). В ряде случаев при сочетаниях хронической боли и хронической тревожности, расстройства эффективным является применение таких проверенных временем и хорошо известных всем транквилизаторов как феназепам, а так же такого «мягкого» нейролептика как тералиджен.

Среди всех бензодиазепинов в нашей стране наиболее часто врачами всех специальностей при лечении тревожных, соматоформных расстройств используется феназепам. Препарат полезен при психогенной боли, сопровождающейся тревогой, расстройством сна. Он обладает анксиолитическим, седативным, снотворным, миорелаксирующим эффектами, что способствует повышению болевого порога. Обычный режим дозирования по 0,25-1,0 мг за 20-30 минут до сна. Курс лечения не превышает 3-4 недели.

«Мягкий» нейролептик тералиджен обладает седативным и снотворным эффектами, снижающими повышенную раздражительность при хронической боли идиопатического типа, и в связи с хорошей переносимостью находит применение в общей медицинской практике, в детской (с 7 лет), подростковой и геронтологической практике. Препарат обычно хорошо переносится, побочные эффекты редки и выражены незначительно. Обычно назначается во вторую половину дня, перед сном по универсальной схеме, начиная с 2,5 мг.

Таким образом, для пациентов, страдающих хроническим соматоформным болевым расстройством или даже, более широко понимаемой на основе биопсихосоциальной концепции болезнью хронической боли, наряду с базисной терапией основного заболевания, наиболее адекватным является комплексное лечение, включающее психотерапию и психофармакотерапию. При учете клинических особенностей психогенного или идиопатического типа хронического соматоформного болевого расстройства определяются и особенности психотерапии и лекарственного лечения данных категорий пациентов.

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ УСПЕШНОСТЬ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Телятникова Г.Б.

*ГБ Св. Великомученика Георгия»,  
отделение неврологии для больных с ОНМК,  
Научно-информационный центр АРТ, Санкт-Петербург*

Современная социально-экономическая и политическая ситуация способствует усилению нервно-эмоционального напряжения в обществе. Наиболее уязвимыми становятся не только люди пожилого возраста, но и наиболее активные, работающие слои населения, на которых ложится основная психологическая нагрузка в условиях кризиса. Многочисленные негативные психологические факторы, воздействующие на человека, приводят к формированию разнообразных психосоматических расстройств и заболеваний. В настоящее время к наиболее частым психосоматическим заболеваниям относят гипертоническую болезнь, сахарный диабет, нарушения сердечного ритма, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и некоторые другие заболевания. Артериальная гипертензия, сахарный диабет и нарушения сердечного ритма в сочетании с такими факторами риска, как курение, нарушения питания и гиподинамия становятся патогенетической основой для развития цереброваскулярных заболеваний. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются распространенной формой неврологической патологии в России и являются одной из ведущих причин инвалидизации и смерти. Анализируя данные, представленные Федеральной службой государственной статистики, можно утверждать, что в России наблюдается устойчивое повышение болезней, характеризующихся повышением артериального давления. Так в 2013 году было впервые выявлено 885 000 случаев подобных заболеваний, тогда как в 2012 – 841 000. В статистических данных представлены показатели по всем цереброваскулярным болезням, включая ОНМК. Так же отмечается рост случаев смертности среди пациентов с ОНМК.

В тоже время, несмотря на неблагоприятную экономическую и социальную ситуацию, современные возможности здравоохранения позволяют проводить комплексное лечение и реабилитацию пациентов с различными клиническими формами острых нарушений мозгового кровообращения. В ходе реабилитации, после стабилизации состояния и подбора фармакотерапии, на первый план выходят психологические проблемы и поиск путей их решения. Особое значение приобретают вопросы формирования адекватного восприятия пациентом своего состояния, снижение уровня тревожности и психоэмоционального напряжения.

В реабилитационном процессе основное значение имеют сосудистые нарушения, изменения состояния вещества головного мозга, что в свою очередь приводит к характерным клиническим проявлениям. Нередко на первый план в раннем периоде реабилитации выходят двигательные нарушения, сочетающиеся со стойким болевым синдромом, различные нарушения когнитивной сферы, эмоциональные нарушения. У большинства больных отмечается выраженный астенодепрессивный синдром со значительными колебаниями настроения, что может приводить к ухудшению общего состояния и усилению болей. Также у значительного числа пациентов наблюдаются нарушения высших психических функций и органов чувств. Выраженность перечисленных симптомов и синдромов существенно снижает показатель качества жизни пациентов по шкале Бартела, затрудняет реабилитацию и ухудшает как реабилитационный, так и общий прогноз. Все это в целом приводит к серьезным психологическим проблемам, от решения которых зависит успешность проведения лечения и реабилитационных мероприятий.

Сложности психологической работы с такими пациентами заключаются в первую очередь в общей тяжести состояния пациента, наличии большого количества осложнений и изменений в функционировании организма, особенно, если в клинической картине возникают не только физические, но и психические нарушения.

Большинство больных сталкиваются с появлением разнообразных психических и психологических проблем, связанных с нарушениями мозгового кровообращения. Многие из пациентов страдают от повышенной эмоциональной реактивности, склонны к раздражительности, частым аффективным вспышкам. Нередко пациенты остро переживают из-за последствий ОНМК, бояться возможных осложнений и инвалидизации. Неудачи и трудности при восстановлении временно утраченных функций вызывают сильное психическое напряжение, проявляющееся в повышенной эмоциональности, плаксивости, резко выраженных депрессивных реакциях, стремлении избегать контактов. Часто формируется ипохондрическая фиксация на заболевании, появляется склонность к преувеличению значимости и тяжести симптомов, склонность привлекать к себе внимание.

Формирование негативного отношения к процессу лечения в сочетании с астенодепрессивными проявлениями серьезно затрудняет процесс реабилитации, особенно при неблагоприятном реабилитационном прогнозе. У большинства пациентов, особенно с выраженными двигательными нарушениями в виде парезов и плегий, возникает страх перед неудачей, появляется тревожность при выполнении различных движений. Некоторые пациенты отказываются от реабилитационных

мероприятий, считая их проведение бессмысленным. Нередко такие пациенты вступают в конфликты с медперсоналом, что в свою очередь только ухудшает эмоциональное состояние, приводит к усилению невротизации и замыкает порочный круг, ставя тем самым больного в тупиковую ситуацию, выход из которой самостоятельно он найти не в состоянии. Так же следует отметить важность формирования у пациента определенного уровня ожиданий от процесса лечения.

Уровень ожиданий определяется целью, которую перед собой ставит человек. Так же необходимо учитывать, что уровень ожидания зависит от веры человека в свои способности и общей веры в себя. На формирование уровня ожиданий оказывает влияние способность человека к адекватному восприятию ситуации и своего состояния, его возможности прогнозировать развитие событий. В этом случае речь идет об антиципации, т.е. представлении о результате действий, которые выполняет человек. Подобные представления формируются на основе поступающей информации, предшествующего опыта и влияния окружения. В ходе лечения и реабилитации цель, определяющая уровень ожиданий пациента, должна быть сформулирована как реально достижимая. Следует учитывать, что слишком далекие и сложные цели не будут способствовать активному включению пациента в процесс лечения, тогда как низкий уровень целей так же не будет способствовать формированию стабильной мотивации. Кроме этого следует учитывать влияние окружения, в том числе родственников пациента, психологический климат отделения, в котором проходит лечение, наличие необходимой и доступной информации о заболевании, методах лечения и реабилитации.

В ходе лечения и реабилитации у пациентов формируется определенная картина болезни и изменяется картина здоровья. Каждый находит свои стратегии преодоления возникших проблем, что оказывает влияние не только на поведение, но и на некоторые особенности личности, что в дальнейшем приводит к определенным характерологическим изменениям, нередко серьезно изменяющим жизнь человека.

Успешность лечения и реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, напрямую зависит от их психологического состояния. Своевременное включение в план реабилитации психокоррекционных мероприятий позволит ускорить и облегчить восстановление нарушенных функций и предотвратить болезненную деформацию личности и формирование неадекватных форм реакции на болезнь. Весьма перспективным представляется междисциплинарный, интегративный, подход, позволяющий оказывать влияние на патогенетические факторы, а не только на конкретные симптомы и синдромы. Выделение определенных типов личности и поведения, являющихся факторами риска развития

цереброваскулярной патологии, позволит серьезным образом изменить подход к диагностике, лечению и реабилитации пациентов с последствиями ОНМК. В настоящее время наиболее актуальным представляется проведение психологического исследования, позволяющего выделить основные психологические проблемы пациентов, перенесших ОНМК, что в свою очередь позволит сформировать наиболее адекватную реабилитационную программу с учетом полученных данных.

## ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТРАВМЫ

Турчанинов Е.Е.

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, Санкт-Петербург*

Большинство механизмов психологических защит активно функционируют в условиях психологической травмы и в результате экстремальной ситуации окружающей среды. Естественными механизмами психики в данных условиях в литературе принято считать механизмы психологической защиты личности, описанные в работах: Р.М. Грановской, И.М. Никольской, Е.С. Романовой, Л.Р. Гребенникова.

Под механизмами психологической защиты принято считать специальную систему стабилизации личности, направленную на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами вызванными состояниями тревоги и дискомфорта (И.М. Никольская, 1997).

Многие из видов психологических защит личности формируются преимущественно в условиях психотравмы. Человек переживает одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затрагивают его психику. Эти события резко отличаются от всего предыдущего опыта и причиняют настолько сильные страдания, что человек отвечает на них очень бурной отрицательной реакцией. Нормальная психика в такой ситуации, естественно, стремится смягчить дискомфорт: человек коренным образом меняет своё отношение к окружающему миру, стараясь сделать свою жизнь хоть немного легче, а это, в свою очередь, вызывает психическое напряжение. Так, практически одновременно формируются психологические защиты и симптомы ПТСР (посттравматического стрессового расстройства).

Посттравматическое стрессовое расстройство (посттравматический стрессовый синдром) – это психологическое состояние, кото-

рое возникает в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей. В МКБ-10 (международная классификация болезней) оно входит в раздел: F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

Таким образом, психотравма всегда вызывает душевную боль. Человек обычно всячески хочет избавиться от этих болезненных переживаний, ничего не меняя в себе. Болезненные переживания активно отторгаются сознанием, поскольку они слишком тяжёлые и непереносимы. По сути дела, человек как бы отделяет их от себя и, вытесняя из сознания, помещает их, условно говоря, в «контейнер», инкапсулируя травматические и разрушительные переживания, такие как гнев, вина, страх.

Травмированный человек, переживший чрезвычайно сильные, разрушительные эмоции, больше всего боится их последующего повторения. Человек обычно предпринимает всё возможное, чтобы избежать эмоций, связанных с травматическим событием. Он вынужден прилагать титанические усилия, чтобы «контейнер» не расконсервировался и разрушительные сверхсильные эмоции не вырвались наружу. Любой стимул, напоминающий травматическую ситуацию (запах, звук, цвет и т. д.), мгновенно оживляет все переживания, и человек вновь и вновь вынужден испытывать то, что он уже чувствовал во время травматического события. Поэтому человек защищает свой «контейнер» от того, чтобы случайно не наткнуться на соответствующий стимул, – он вынужден постоянно быть внимательным, избегать всего, что может напомнить травматическую ситуацию. Сохранение «контейнера» со временем требует всё больше и больше сил, истощая человеческий организм. Отсюда переутомление, бессонница, раздражительность, нарушение внимания, памяти и многие другие расстройства, в том числе и психосоматического характера.

В обычной жизни любого человека возникают те или иные стрессовые ситуации, переживание которых, может приводить к личностным и соматическим нарушениям, и к эмоциональному дискомфорту. Нередко все предпринятые конструктивные попытки решить трудности не приводят к желаемой цели. Напряжение продолжает расти и человек перестает замечать альтернативные пути решения в возникшей ситуации. Во многих случаях снятие напряжения происходит с помощью механизмов психологических защит.

Психологические защиты часто формируются в условиях, когда имеют место:

- прошлая психологическая травма (стресс);
- неприятные воспоминания;
- страх перед любыми неудачами;

- страх перед любыми изменениями;
- стремление к удовлетворению своих детских потребностей (инфантилизм);
- «вторичная выгода» от своей болезни или своего состояния;
- слишком «жёсткое» сознание, когда оно наказывает человека непрекращающимися невротическими страданиями;
- нежелание менять «удобную» социальную позицию на «неудобную» – быть активным, работать над собой, быть сексуальным, быть социально адаптивным, больше зарабатывать, сменить партнера и прочее (Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич, 1998).

Психологическая защита, ограждает любого человека от прошлой (психотравма, воспоминания), актуальной (непосредственно происходящая ситуация) или от будущей (гипотетические страхи и переживания) психологической боли.

Основная классификация и содержательная характеристика видов психологических защит личности в условиях психотравмы:

1. Отрицание – это механизм психологической защиты, когда человек полностью не признает само существование травмирующих фактов. Данная защита проявляется в игнорировании потенциально тревожной информации, уклонении от неё.

2. Вытеснение – это активное выключение из сознания (забывания) истинного, но неприемлемого мотива своего поведения. Вытеснение направлено на то, что раньше было осознанно хотя бы частично, а запрещённым стало вторично, и поэтому удерживается в памяти.

3. Подавление – это механизм психологической защиты, который проявляется в блокировании неприятной, нежелательной информации, но эта блокировка осуществляется либо при её переводе из воспринимающей системы в память, либо при выходе из памяти в сознание.

4. Изоляция – является одним из способов преодоления страха в ситуации угрозы, или опасности, при котором аффективный аспект переживания или идеи может быть отделён от своей когнитивной составляющей, то есть изолируется чувство от понимания.

5. Отчуждение – это механизм психологической защиты, связанный с изоляцией, обособлением внутри сознания особых зон, связанных с травмирующими факторами. При возникновении расщепления, диссоциации личности, мышление (по локальным субъективным оценкам) становится отчуждённым. Отчуждение провоцирует распад обычного функционирования сознания: его единство дробится.

6. Рационализация – это механизм психологической защиты, связанный с осознанием и использованием в мышлении только той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение представляет как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам. Например: «Почему много пью? Да просто время теперь тяжёлое».

7. Проекция – это механизм психологической защиты приписывание другим неприемлемых для человека мыслей, ощущений и побуждений. Например, на сообщение врача о том, что у пациента при обследовании обнаружено серьезное заболевание, тот заявляет: «А кто теперь здоров? Каждый чем-нибудь да болен!».

8. Конверсия – это механизм психологической защиты, при котором неприятный аффект, порождённый проблемами и конфликтами, вытесняется в сферу бессознательного, и трансформируется в соматические симптомы.

9. Соматизация – это форма психологической защиты, которая выражается в выходе из трудноразрешимой ситуации путём фиксации на состоянии своего здоровья. Например: школьники заболевают перед контрольными работами.

10. Реактивное образование (формирование реакций) – это замена неприемлемых тенденций на прямо противоположные (так называемая инверсия желаний), когда люди могут скрывать от самих себя мотив собственного поведения за счёт его подавления сознательно поддерживаемым мотивом противоположного типа. Например: Бессознательная неприязнь к ребёнку может выражаться в нарочитом, контролирующем внимании к нему.

11. Замещение – это вид психологической защиты от нестерпимой ситуации, с помощью переноса реакции с «недопустимого» объекта на другой «доступный» или замены неприемлемого действия на приемлемое.

12. Компенсация и гиперкомпенсация – действия, имеющие целью маскировку или восполнение имеющихся у человека недостатков. Например: гиперкомпенсаторное поведение супермена у слабого и неуверенного в себе подростка.

Применительно к данной группе защит особую важность приобретает механизм диссоциации, состоящий в том, что под влиянием психической травмы (неразрешимые конфликты, непереносимые личные трудности, нарушенные социальные взаимоотношения, неспособность изменить ситуацию к лучшему и т. д.), нарушается имеющаяся у человека в норме интеграция между тремя составляющими психической жизни: памятью на прошлые события, осознанием своего «Я» и ориентировкой в окружающем.

Таким образом, психологическая защита формируется и развивается под влиянием, прежде всего, семейной социализации (по механизму «копирования» родителей), а затем – накопления личного опыта и общественной социализации. Механизмы психологической защиты оказывают влияние на все уровни функционирования личности, зачастую искажая восприятие информации и существенно меняя поведение человека, пережившего сильный стресс. Механизмы психологической защиты служат неким буфером между внешней и внутренней средой с целью саморегуляции баланса уровня тревожности и разрядки напряжения. Нужно признать тот факт, что благодаря функционированию механизмов психологических защит личность ограждает себя от возникшей внезапно угрозы и даёт возможность восстановиться психике за счёт её пластичности и огромного резерва и потенциала, которой она обладает.

#### Литература

1. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб. 1994 г. – 303 с.
2. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2006 г. – 342 с.
3. Психология травматического стресса: учебное пособие / Е. В. Пятницкая. – Балашов: Николаев, 2007 г. – 140 с.
4. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. Мытищи: «Талант», – 1996 г. 144 с.
5. Сараева Е.В. Защитные механизмы личности: учебное пособие. – Киров: Издательство ВятГТУ, 2007 г. – 101 с.
6. Черепанова Е. М. Психологический стресс: помоги себе и ребёнку. – М.: Академия, 1997 г. – 96 с.

#### РАССТРОЙСТВА СНА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Уманский С.В.

ОКБ, г. Курган

В последние годы возрос интерес к изучению психосоматических корреляций, отражающих возникновение и течение гипертонической болезни. Актуальность данной работы обусловлена тем, что при гипертонической болезни в ночные и ранние утренние часы медика-

ментозный контроль повышенного артериального давления (АД) у некоторых пациентов осуществляется неэффективно и остается вне зоны активного воздействия гипотензивной терапии, что может приводить к серьезным жизненно опасным осложнениям. Выявляемый феномен «Non dipper», проявляющийся у пациентов недостаточным ночным снижением АД, сопряжен с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений и поражения органов мишеней гипертонии (Цфасман А. З., Алпаев Д.В., Карецкая Т.Д., 2012, Mann D.L., Kent R.L., Pearson B., 2009). На сегодняшний день сформировалось убеждение, что применение пролонгированных форм гипотензивных средств является предпочтительным при данной патологии. Вместе с тем не всегда терапия пролонгированными гипотензивными средствами, даже принимаемыми перед сном, в отдельных случаях неэффективна (Горбунов В.М. с соавт., 2011, Hermida R.C.et. al., 2007), и причина повышения ночного и утреннего подъема АД остается до конца невыясненной. В контексте изложенного необходимо обратить внимание на качество сна, который является интегративным показателем состояния человека, отражением многих эндогенных и экзогенных факторов. Сон во многом отражает состояния целого ряда мозговых систем, интегрирующих, дифференцирующих и координирующих всю психосоматическую деятельность индивидуума (Вейн А.М., 1994, 2003). Ротенберг В.С. Китаев-Смык Л.А. (2009), Стрыгин К.Н. с соавт. (2014) и др. в своих исследованиях указывают на то, что с особенностями личности и актуального психического статуса тесно связана фаза быстрого сна, основной функцией которого является психическая адаптация, а именно, восстановление эмоционального равновесия и нарушенной системы психологических защит.

Многие авторы (Смулевича А.Б. и соавт., 2005, Каллистов Д. соавт., 2006, Артюхова М.Г., Шанаева И.А., 2010 Полуэктов М.Г., Левин Я.И. 2010; Aumiller J., 2009) считают, что проблему феномена «Non dipper», а значит и предупреждение серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в ночное время в значительной степени можно решить вмешательством в сон, изменяя его качество.

**Цель работы** – выявление корреляций между психологическими характеристиками личности, отдельными проявлениями сна, качеством сна в целом и ночным и утренним повышением АД (феномен “Non dipper”).

**Материал и методы.** В исследование было включено 49 больных с диагнозом гипертоническая болезнь, у которых отмечался феномен “Non dipper”, выявленный при суточном мониторинге. Среди пациентов было 18 женщин и 31 мужчин в возрасте от 37 до 61 лет. Их средний возраст составил  $49,9 \pm 8$  лет. Все пациенты принимали прописанные им

гипотензивные препараты. При общем удовлетворительном состоянии у всех пациентов отмечалось ночное и утреннее повышение АД.

В исследовании использовались клинический, электроэнцефалографический (ЭЭГ), клинико-anamnestический методы. Психопатологическое обследование проводилось с использованием: 1. Шкала Тейлора для определения уровня реактивной (социальной), личностной и соматической тревожности; 2. Шкала депрессии Гамильтона; 3. Гиссенский опросник соматических жалоб; 4. Анкета субъективной балльной оценки качества сна, в которой фиксируется: время засыпания, общее время сна, количество ночных пробуждений, качество ночного сна, сновиденческая активность, наличие кошмарных сновидений, снохождение, сноговорение, раннее окончательное пробуждение, качество утреннего пробуждения. В норме суммарный балл по анкете субъективной балльной оценки качества сна не должен превышать 10. Контроль динамики артериального давления осуществлялся методом суточного мониторинга АД.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета Statistica 6.0 с использованием корреляционного анализа.

**Результаты исследования.** При клиническом обследовании только 14 (28,6%) пациентов предъявляли жалобы на нарушения сна. По Гиссенскому опроснику соматических жалоб у 40 (81,6%) пациентов отмечались нарушения сна. Используя анкеты субъективной балльной оценки качества сна у 45 (91,8%) пациентов было выявлено нарушение качества сна (суммарный балл составлял более 10). 31 (63,3%) пациент из тех, у кого с помощью анкеты было выявлено нарушение качества сна, не жаловались на его нарушение. На вопрос о том, почему они не отмечали в своих жалобах этот аспект болезни, из наиболее типичных ответов можно отметить следующие: 1 – не считаю это важным; 2 – у меня давно такой сон; 3 – с возрастом сон изменяется всегда; 4 – что на это обращать внимание – ночью недосплю, днем посплю и т.п.

У 17 (34,9%) пациентов выявлен повышенный уровень тревоги, у 12 (24,5%) – повышенный уровень депрессии, у 21 (42,9%) – повышенный уровень тревоги и депрессии одновременно, у 20 пациентов органическое поражение ЦНС сопровождается повышением уровня тревоги или депрессии.

Клинический анализ позволил диагностировать у 2 пациентов – органическое тревожное расстройство, у 8 пациентов – депрессивный эпизод, у 5 пациентов – тревожно-фобическое расстройство, у 1 – шизофрения, у 4 – различные расстройства личности, у 29 – психические нарушения носили сопутствующий характер и были связаны с основным заболеванием.

При статистической обработке полученных результатов установлено:

1. Высокий уровень реактивной и личностной тревоги (по Шкале Тейлора)

отрицательно коррелирует ( $p < 0.01$ ) с общей длительностью сна, длительностью засыпания, большим количеством сновидений и частыми ночными пробуждениями.

2. Повышенный уровень депрессии отрицательно коррелирует ( $p < 0.01$ ) с длительностью засыпания, кошмарными сновидениями и ранним утренним пробуждением.

3. При электроэнцефалографии у 20 пациентов выявлен органический фон. У этих пациентов преобладали нарушения засыпания, тягостные ночные сновидения, сногворение, отсутствие чувства отдыха после продолжительного сна.

**Выводы.** Расстройство сна – это интегративный показатель общего неблагополучия пациента. По результатам клинико-психологического обследования у 45 (91,8%) пациентов выявлены нарушения качества сна. Только 28,6% пациентов с гипертонической болезнью и феноменом “Non dipper” предъявляют жалобы на расстройство сна.

У 63,3% пациентов с гипертонической болезнью и феноменом “Non dipper” жалобы на нарушения сна отсутствовали, однако при более глубоком клинико-психологическом исследовании у них было установлено недостаточное качество ночного сна.

У 93,1% пациентов выявлены нарушения сна, сопряженные с теми или иными психическими расстройствами.

Нормализация сна может осуществляться разными медикаментозными и немедикаментозными способами. Большинство авторов рекомендуют начинать коррекцию расстройств сна с немедикаментозных способов, улучшая гигиену и режим сна, устраняя стрессовые ситуации, исключая возбуждающие (кофе, алкоголь) и мешающие сну (громкий шум, яркий свет) факторы, используя аутотренинг и т.п. Эти методы, хотя и редко, но иногда бывают эффективны и без назначения медикаментозной терапии.

Лечение нарушений сна и его «качественная перестройка» должна осуществляться не только за счет назначения успокаивающих и снотворных лекарственных средств, но и с учетом коррекции всех нарушений психоэмоциональной сферы пациента, с использованием психофармакологических препаратов различных групп, использованием различных психотерапевтических программ в групповом или индивидуальном формате.

Качественный сон, как интегративный показатель, во многом отражающий эндогенные функции организма и относительной стабильности состояния человека в целом, способен предупреждать ночные и утренние подъемы АД в процессе лечения артериальной гипертензии. Адекватная и своевременная коррекция нарушений сна будет способствовать профилактике серьезных, жизненно опасных осложнений.

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В КОНТЕКСТЕ ТИПОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

Уманский С.В.

ОКБ, г. Курган

Актуальность проблемы клинической интерпретации функциональных невротических расстройств в аспекте их связи, с одной стороны – психогенной, а с другой – с широким кругом личностной патологии и психических заболеваний (эндогенных, органических и др.) не вызывает сомнения. И хотя существует несколько теорий, наиболее научно обоснованным является концепция, допускающая сосуществование невротических симптомокомплексов как отдельных синдромов с признаками другой патологии. Такой подход перспективен при изучении функциональных психосоматических расстройств, выступающих в форме органических неврозов, так как позволяет учитывать сложность патогенетических взаимоотношений (Вейн А.М. и др., 1997; Смулевич А.Б. и др., 2000)

Органный невроз как понятие формировалось в рамках исследований функциональных расстройств внутренних органов. Такие термины как кардионевроз, невроз сердца, нейроциркуляторная дистония, псевдостенокардия, синдром Да Коста и др. хотя и представляют архаику и по большей части ушли из научной литературы, продолжают присутствовать в умах практических врачей (Белокрылова М.Ф. и др., 2001).

Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы (ФРССС) относятся к одной из наиболее распространенных форм психосоматической патологии. По современным эпидемиологическим данным распространенность ФРССС среди населения достигает 15-18% на протяжении жизни. Результаты многочисленных исследований достоверно свидетельствуют о высокой частоте (от 68 до 100%) и значительном полиморфизме психических расстройств у больных с ФРССС (Unutzer J. Et al., 2006) Типизация таких расстройств и их терапия часто

сопряжены с большими сложностями (Смулевич А.Б. и др., 1999, 2000). Также возникает много вопросов по поводу курации данного контингента больных (Шмуkler А.Б., 1992).

**Целью исследования** являлось изучение психических расстройств коморбидных функциональным расстройствам ССС в аспекте психопатологии, клиники и оптимизации терапии.

**Материал и методы.** В исследование было включено 106 больных с функциональными расстройствами ССС (60 женщин и 46 мужчин, средний возраст 49,1±5 лет). Критериями включения являлось отсутствие соматической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, подтвержденной лабораторными, инструментальными методами и заключением кардиологов.

**В исследовании использовались** психопатологический (Тест ММРІ, тест Тейлора, шкала депрессии Гамильтона, Гиссенский опросник соматических жалоб), инструментальный (УЗИ, ЭКГ), клинический, клинико-статистический методы.

Все пациенты в зависимости от преобладающего кардиологического синдрома были разделены на три группы. В первую группу с кардиалгическим синдромом вошли 29 пациентов (16 ж. и 13 м.). Вторую группу с нестабильным артериальным давлением составили 51 пациент (30 ж. и 21 м.). В третью группу с нарушениями сердечного ритма вошли 26 пациентов (14 ж. и 12 м.). У всех пациентов была выявлена коморбидная психическая патология.

**Результаты.** У пациентов с функциональными расстройствами ССС психическая патология определялась аффективными (26 больных, что составило 24,1%), тревожно-фобическими (23-21,1%), ипохондрическими (19-17,9%), диссоциативными (16 -15,1%) расстройствами, соматоформной вегетативной дисфункцией сердечнососудистой системы (17-16,0%) и вялотекущей ипохондрической шизофренией (5-4,7%).

Психопатологические синдромы (тревожный, депрессивный и ипохондрический) вне зависимости от нозологической принадлежности выявили определенную закономерность.

У пациентов с кардиалгиями диагностированы наименьшие уровни тревоги, депрессии и ипохондрии. Напряженность эмоционального состояния обусловлены повышенными уровнями тревоги и депрессии. Максимальные величины тревоги, депрессии и особенно ипохондрии отмечены у пациентов с нарушениями сердечного ритма.

Анализируя результаты исследования можно заключить, что клиническую картину определяет не нозологическая принадлежность психического расстройства (хотя оно и было первично), а соматическая

составляющая, представленная в виде функциональных кардиологических расстройств и реакции пациента на них.

Основным методом лечения больных функциональными расстройствами ССС с коморбидными психическими расстройствами является комплексная терапия, включающая психотропные препараты и соматотропные средства, нормализующие функции ССС, а также различные методы психотерапии.

Психотерапевтам, проводящим лечение пациентов с функциональными расстройствами ССС предпочтительнее использовать клинический подход (психосоматические и биопсихосоциальные концепции значительно ближе врачам-интернистам, по духу и пониманию, нежели психологические теории). При клиническом подходе должны учитываться особенности личности больных, их реагирование на заболевание, регистр психических нарушений, выраженность соматической патологии и её «вклад» в психические и поведенческие расстройства. Воздействие на больных с коморбидной психической патологией должно быть системным и многоуровневым.

Лечебно-реабилитационные программы для пациентов ФРССС включали 3 этапа (кризисный, базисный и поддерживающий).

На первом (кризисном) этапе лечения проводился подбор психофармакологических средств, адекватных доз, купирующих аффективно-насыщенную психическую патологию и соматические симптомы. В диагностическом плане важнейшим моментом было исключение органической кардиологической патологии. Для терапии использовались средние дозы транквилизаторов (релиум, сибазон, феназепам, атарак, диазепам, алзолам и др.) и небольшие дозы нейролептиков, антидепрессантов. Соматотропная терапия была обусловлена доминирующей кардиологической патологией (гипотензивные, антиаритмические, метобалические и т.п. препараты). На данном этапе лечения пациентов с ФРССС основной задачей психотерапевта было формирование качественного терапевтического альянса. Используемый психотерапевтический подход основан на синергетических принципах, отражающих два важнейших момента – формирование психотерапевтического альянса и оказание топически выверенного психологического воздействия (Уманский С.В., Семке В.Я., 2008). При формировании качественного психотерапевтического альянса необходимо соблюдать принципы антропоцентризма (пациент и его проблемы всегда на первом плане и в фокусе внимания психотерапевта), ответственности, безусловного принятия пациента и подстройки к нему. При этом врач всегда активен и иерархически доминантен (Уманский С.В., 2007, 2012).



Предлагаемые психотерапевтические методики быть понятными и привлекательными для пациента. Психотерапевтическое воздействие осуществлялось посредством релаксационных и суггестивных методик.

На втором этапе (базисная терапия) проводилась коррекция в медикаментозном лечении. При отсутствии соматической патологии (соматоформные, соматизированные расстройства) акценты смещались в сторону психофармакотерапии и психотерапии. На данном этапе психотерапевтический комплекс играл определяющую роль. Усилия врача-психотерапевта были направлены на убедительность в доказательстве функциональных нарушений, имевших место у пациента, и определение их психогенной обусловленности. Рациональная психотерапия являлась обязательной и определяющей. Индивидуальная и групповая психотерапия была направлена на активизацию жизненной позиции, изменение стереотипа конфликтного поведения, соблюдение психогигиенического режима. Основной целью психотерапевтических воздействий являлось стимулирование скрытых резервных возможностей пациента и его психологических особенностей. Глубинный анализ проводился редко и всегда с особой осторожностью.

Этап поддерживающей терапии принципиально не чем не отличался от второго этапа и был растянут во времени на 6-8 месяцев (1-2 консультации в месяц).

При ФНССС с кардиалгией чаще всего использовались небольшие дозы бензодиазепинов (алпразолам, феназепам – 2-3 мг/сут), атаракс до 100 мг/сут, эглонил до 150 мг/сут в сочетании с индивидуальной психотерапией и гипнотерапией. Из соматотропных средств использовались препараты метаболического действия (панангин, рибоксин, АТФ, витамины группы В, и др), Длительность терапии 2-3 месяца. Эффективность – 86,2%.

Медикаментозная терапия функциональных расстройств ССС с неустойчивым артериальным давлением проводилась с использованием больших, чем в предыдущей групп доз психотропных препаратов: алпразолам, феназепам – 3-6 мг/сут., атаракс до 100 мг/сут., эглонил до 400 мг/сут., сонапакс – 50-75 мг/сут. При депрессиях использовались антидепрессанты: рексетин, пароксетин – 20-40 мг/сут., золофт – 50 мг/сут., пиразидол – до 100 мг/сут. Психотерапия – индивидуальная, групповая, гипнотерапия. Из соматотропных средств использовались гипотензивные препараты различных групп (эналаприл 10-20 мг/сут., конкор 5-10 мг/сут., верапамил до 120 мг/сут., лозап до 100 мг/сут), а так же препараты метаболического действия. Длительность терапии 4-6 месяцев. Эффективность – 84,3%.

При функциональных расстройствах ССС с нарушением сердечного ритма использовались: алпразолам, феназепам – 3-6 мг/сут., атаракс до 100 мг/сут., эглонил до 600 мг/сут., сонапакс до 100 мг/сут. При депрессиях использовались антидепрессанты: рексетин, пароксетин – 20-40 мг/сут., пиразидол – до 100 мг/сут., флюанксол – 0.5-1 мг/сут. Психотерапия – индивидуальная, групповая, гипнотерапия. Из соматотропных средств использовались антиаритмические и гипотензивные препараты различных групп (конкор 5-10 мг/сут, метопролол до 100 мг/сут., амлодипин 5-10 мг/сут., амиодарон – 200-300 мг/сут.), а так же препараты метаболического действия и содержащие магний. Длительность терапии 4-6 месяцев. Эффективность – 53,8%.

**Заключение:** По результатам исследования можно сделать вывод, что клиническую картину определяет не нозологическая принадлежность психического расстройства, а соматическая составляющая, представленная в виде функциональных кардиологических расстройств и реакции пациента на них. Определенная комбинация первичного психического расстройства, функциональных кардиологических симптомов и реакции пациентов на них приводит к сложным психосоматическим взаимоотношениям, которые отражаются в первую очередь значительным повышением уровней тревоги и депрессии. Терапевтическими мишенями в первую очередь должны становиться именно тревога или депрессия в зависимости от их выраженности. Подбор психофармакопрепаратов осуществляется по принципу наименьшей «поведенческой токсичности». Соматогенная терапия осуществляется в зависимости от преобладания той или иной формы ФРССС.

Психотерапия является важнейшей составляющей комплексного лечения пациентов с ФРССС. В соответствии с синергетическим подходом она начинается с формирования качественного психотерапевтического альянса (Уманский С.В., 2007, 2012).

Общие рекомендации по организации терапевтического процесса у пациентов с функциональными расстройствами ССС.

Терапия пациентов с функциональных расстройств ССС должна осуществляться совместно психотерапевтом (психиатром) и кардиологом. В клиническом взаимодействии психотерапевта (психиатра) и врача-кардиолога рекомендуется использовать модель «взаимодействия – прикрепления», когда психотерапевт консультирует, наблюдает динамику изменения психических расстройств в процессе лечения, при необходимости корректирует назначение психотропных препаратов, а кардиолог организует и контролирует общее руководство диагностическим и лечебным процессами (Смулевич А.Б., 2000). Степень участия в лечебном процессе психотерапевта и кардиолога непосредственно свя-

зана с тяжестью психической и соматической патологий. План лечения предусматривает определенный алгоритм воздействия на симптомы и расстройства в зависимости от их значимости и первоочередности терапевтического воздействия на них.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СОМАТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ. 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ

**Уманский С.В.**

*ОКБ, г. Курган*

Актуальность проблемы пограничных психических расстройств, встречающихся в общей медицинской практике, определяется их высокой распространенностью и дезадаптирующим влиянием (Бройтигам В. И др., 1999; Дробижев М.Ю. 2002; Смулевич А.Б. и др., 2007). По данным ВОЗ (2002), те или иные психические нарушения имеют более половины больных, страдающих соматическими заболеваниями средней и тяжелой степени выраженности. Многие специалисты отмечают, что просматривается тенденция перемещения больных с пограничными психическими расстройствами из сферы психиатрической службы в общую медицину (Лебедева В.Ф. и др., 2007; Kisely S.R., et al., 1999). Этот процесс отмечен и мировым медицинским сообществом, что выразилось в интеграции психиатрического и психотерапевтического сервиса в систему общесоматической медицины.

Курганская областная клиническая больница (КОКБ) одно из немногих соматических лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) региона, где с 1994 г. функционирует психотерапевтический кабинет (ПТК). ПТК приспособлен для проведения как групповой, так и индивидуальной психотерапии. В ПТК имеется архив психотерапевтических карт. Их наличие объясняется необходимостью сохранять конфиденциальность информации о психическом состоянии пациента, для соблюдения его основных прав и т.п. Основной целью создания психотерапевтической службы являлось оказание помощи пациентам с пограничными психическими нарушениями, сопряженными с соматической патологией.

**Концепция психотерапевтической помощи.** С учетом накопленного клинического опыта в КОКБ была успешно реализована модель психотерапевтической службы, функционирующая по принципу «децентрализации» – без наличия собственных коек. Психотерапевтический кабинет работает как обычное межклиническое общепользовательское лечебно-диагностическое подразделение. В клиническом взаимодействии

психотерапевта и врача-интерниста была использована модель «взаимодействия-прикрепления» (Смулевич А.Б., 1999), когда психотерапевт консультирует, наблюдает динамику изменения психических расстройств в процессе лечения, при необходимости корректирует назначение психотропных препаратов, а врач-специалист организывает и контролирует общее руководство диагностическим и лечебным процессами.

Опыт оказания помощи пациентам КОКБ позволил создать терапевтическую модель медицинской помощи соматическим пациентам с коморбидной психической патологией. Предполагаемая организационная структура интегрирует усилия врачей разных специальностей. Многомерная обусловленность психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями требует учитывать при терапии выявленные психические и соматические расстройства, преморбидные личностные характеристики, психосоциальный статус и т.д. Степень участия в лечебном процессе психотерапевта и врачей-интернистов непосредственно связана с тяжестью психической и соматической патологий. План лечения предусматривает определенный алгоритм воздействия на симптомы и расстройства в зависимости от их значимости и первоочередности терапевтического воздействия на них. Когда в состоянии пациента преобладает психическая патология, то основная роль в терапевтическом процессе отводится психотерапевту. Если же психопатологическая симптоматика является следствием соматического состояния, то ведущая роль в терапии отводится интернистам, а психотерапевт оказывает консультативную, психотерапевтическую, и при необходимости медикаментозную поддержку. Разработан перечень наиболее безопасных комбинаций препаратов при сочетанной психической и соматической патологии, минимизирующий как количество назначаемых препаратов, так и последствия их побочных действий.

Описанный вид психотерапевтического сервиса реализуемый в КОКБ, ориентирован на интересы больного и предусматривает целостную оценку состояния здоровья пациента и комплексную систему терапии, включающую согласованную медикаментозную коррекцию психотропными и соматотропными препаратами; психотерапевтическую, симптомо- и (или) личностно-ориентированную помощь, психологическое консультирование. Психотерапевтическая помощь осуществляется как индивидуально, так и в групповом взаимодействии. Предложенная технология интегративного подхода характеризуется доступностью психотерапевтической помощи и психологического консультирования, согласованными действиями специалистов, профессиональной подготовкой в области психосоматики как врача-интерниста, так и психотерапевта и участием в терапевтическом процессе самого пациента.

В работе психотерапевта в соматическом ЛПУ можно выделить три направления: 1. Оказание специализированной помощи больным соматического стационара (диагностической, психотерапевтической, медикаментозной, психологическое консультирование); 2. Проведение работы с персоналом; 3. Связь с и преемственность с ЛПУ и психиатрическими структурами по месту жительства пациента.

Основная сложность работы врача-психотерапевта в соматическом стационаре заключается не в реализации своих профессиональных качеств, а поиске путей эффективного взаимодействия с врачами-интернистами. Психотерапевтическая помощь в соматическом стационаре должна учитывать следующие аспекты: а) Краткосрочность пребывания пациента в стационаре; б) Простота и доступность психотерапии; в) Системность и многоуровневость психотерапевтического воздействия; г) Этапность мероприятий; д) Комплексное воздействие на пациента; е) Антропоцентризм (максимальная индивидуализация психотерапевтического подхода); ж) Антропность (ощущение психотерапевтического воздействия) (Уманский С.В., Семке В.Я., 2008).

В своей работе мы придерживаемся рекомендаций В.Я. Семке (2009), который обращал внимание на то, что успех проводимых психотерапевтических мероприятий зависит от последовательного соблюдения ряда принципов: строгой индивидуализации каждого конкретного случая, комплексности, обязательного учета стадии и динамики, глубины и продолжительности нарушений, строгого учета возрастных факторов. Используемый в КОКБ психотерапевтический подход основан на синергетических принципах, отражающих два важнейших момента – формирование психотерапевтического альянса и оказание топически выверенного психологического воздействия (Уманский С.В., Семке В.Я., 2008). Проводятся как групповые, так и индивидуальные сеансы психотерапии. Основные показатели за 1995, 2000, 2013 гг. представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение пациентов, направленных на консультацию к психотерапевту из различных клинических отделений в 1995, 2000, 2013 гг.

	1995	2000	2013
Первичные консультации	314	441	747
% от всех пролеченных в стационаре пациентов	1,54	2,01	2,88
Кол-во коек в стационаре	835	756	730
Кол-во пролеченных больных (в стационаре)	20303	21887	26254
Соотношение – Мужчины : Женщины	1:4.1	1:3.2	1:3.2
В том числе сотрудники	16	45	72

Индивидуальная психотерапия	186	230	461
Групповая психотерапия	40	193	0
Сеансы групповой гипнотерапии	230	54	346
Средний возраст	43.5±4,3	46.5±5,1	43.5±6,4
Тестирование	412	372	103
Семейная психотерапия	0	12	31
Психологическое консультирование	0	14	43

Максимальное количество пациентов было из возрастной группы от 51 до 60 лет – 232 (36-40%); от 41 до 50 лет – 122 (20-23%); от 31 до 40 лет – 81 (12-15%).

Наибольшее количество пациентов направлялись врачами терапевтических (гастроэнтерологического (23-32%), пульмонологического (9-20%)) отделений и неврологического отделения (15-25%) (Проценты указаны от общего числа проконсультированных пациентов). Врачи хирургических отделений редко направляют своих пациентов на консультации к психотерапевту.

Структура психических расстройств в различные годы менялась мало. Наиболее часто встречались депрессивные расстройства (20-23%), органические психические расстройства (16-18%), психические расстройства вследствие физической болезни (14-17%), тревожно-фобические расстройства (10-14%), соматоформные расстройства (10-12%), ипохондрические расстройства (8-11%).

Лечебно-реабилитационные программы для соматических пациентов с коморбидными психическими расстройствами включают 3 этапа (кризисный и базисный этапы реализуются в КОКБ, а третий этап – этап поддерживающей психотерапии реализуется на амбулаторном этапе).

В терапии пациентов с психическими расстройствами при стационарном лечении в КОКБ реализуются только два этапа (кризисный и базисный) из трех. Третий этап – поддерживающей терапии осуществлялся в амбулаторных условиях у психотерапевта (психиатра) по месту жительства.

Основными принципами проведения психотерапии у соматических пациентов с пограничными психическими расстройствами являлись доступность (не только территориальная, но и организационная), этапность, комплексность, достаточность, индивидуальный подход, преемственность и интегративность. Терапевтическая стратегия и тактика соматических пациентов с коморбидными психическими расстройствами строится в зависимости от соотношения и выраженности психических и соматических расстройств.

*Медикаментозная терапия.* Психосоматические симптомы достаточно устойчивы к «чистой» психотерапии, поэтому медикаментозное лечение часто является необходимой составляющей комплексной терапии (Назаренко Г.И. и др., 2004; Смулевич А.Б. и др., 2007, 2011).. При назначении медикаментозной терапии приходится учитывать с одной стороны, свойства психофармакологических препаратов и особенности их взаимодействия с соматотропными медикаментами, с другой – соматическое состояние пациента, а также измененную в связи с нарушениями функций внутренних органов толерантность к фармакологическим средствам. Клинические наблюдения указывают на высокую потребность больных соматического стационара в психофармакотерапии. Результаты некоторых проведенных исследований свидетельствуют о том, что почти половина (49,3%) больных нуждаются в назначении, по крайней мере, одного психотропного препарата (в среднем 0,8 препарата на одного больного) (Дробижев М.Ю., 2002).

Нами психофармакологическое лечение соматических больных с психическими расстройствами проводится дифференцировано. При назначении психотропных препаратов нами использовались сочетание 3 препаратов в 2.7% случаев, двух – в 23.2% случаев; одного – в 52.6% случаев. В 21.5% психотропные препараты не назначались.

Одним из видов специфической деятельности врача-психотерапевта является связующая психотерапия. Ее суть заключается в том, что психотерапевт, являясь союзником пациента доходчиво, терпеливо и квалифицированно разъясняет и проводит единую с лечащим врачом линию.

Критерием эффективности проводимых психотерапевтических программ нами принят не только регресс психической симптоматики у соматических больных, но и изменения их общего состояния. По результатам проведенного анализа установлено, что использование индивидуальной психотерапии достоверно ( $p < 0.01$ ) повышает эффективность терапии в целом у 87,0% соматических пациентов с коморбидными психическими расстройствами.

Таким образом, психотерапевт в соматическом стационаре, являясь в первую очередь врачом-клиницистом, должен в полном объеме владеть знаниями в области психиатрии, психотерапии, наркологии, консультативной психологии, а также иметь хорошую подготовку в области терапии и неврологии. Опыт работы врача-психотерапевта КОКБ показывает, что обязательными условиям его эффективного функционирования являются интегративный подход к организации психотерапевтической помощи, использование научно-обоснованных терапевтических подходов и тесный продуктивный контакт с врачами соматического профиля при лечении пациента.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Шавшаева Л.В., Аверьянова О.Ю., Гальченко А.Р.

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии  
и социальной работы, Санкт-Петербург*

В современных социально-экономических условиях развития нашего общества возрастает потребность в изучении психологических особенностей пациентов с онкопатологией. Во-первых, это связано со значительной распространенностью онкологических заболеваний среди населения. Во-вторых, онкологические заболевания имеют психологические предпосылки к своему возникновению, а также само заболевание является стрессогенным фактором. В-третьих, вопросы изучения особенностей психоэмоциональной сферы и социальной адаптации пациентов и их последующего психологического сопровождения являются важной частью их лечения.

Психологические составляющие здоровья онкопациентов изучены в таких аспектах, как: влияние психологических и психопатологических особенностей личности онкологических больных на их отношение к своему заболеванию [2], типы отношения к болезни и возможные пути коррекции у пациенток с раком молочной железы [1], особенности внутренней картины болезни и стрессоустойчивости онкобольных в зависимости от их взаимоотношений с медработниками [8], особенности эмоционально-личностной сферы и социальной адаптации пациентов с онкологической патологией [3].

Проведенное нами исследование [3] позволило не только выявить проблемные зоны, затрудняющие социально-психологическую адаптацию пациентов с онкологическими заболеваниями, но и разработать маршрут их комплексного психологического сопровождения [9].

Основная часть программы состоит из двух блоков: диагностический и собственно коррекционный. Проводится изучение особенностей психоэмоциональной сферы и социальной адаптации пациентов при помощи следующих методик: Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге [5]. Копинг-тест Р. Лазаруса (можно использовать также методику «Индикатор копинг-стратегий», адаптированную Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским) [4]. Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерс, Н. Даймонд [6]. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер; адаптированный вариант Т.А. Крюковой) [7].

При разработке коррекционного блока программы использованы: техники когнитивно-бихевиоральной терапии; техники суггестивной психотерапии: самовнушение по Куэ, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону; техники регуляции эмоционального напряжения; техники телесно-ориентированной терапии «Заземление», «Дыхание»; техники гуманистической психологии – позитивный подход Н. Пезешкиана; дыхательные упражнения. Программа имеет основную часть и приложение (рекомендации для онкопациентов). Результативность проводимой работы – повторная диагностика и качественно-количественный анализ изменений в эмоционально-личностной сфере и сфере социальной адаптации. Для каждого пациента психологом составляются индивидуальные рекомендации.

Программа предназначена для пациентов в возрасте от 18 до 30 лет.

Группа состоит из 6-8 человек с одинаковым стажем заболевания.

Встречи проводятся 2 раза в неделю (по согласованию с лечащим врачом).

Необходимый инструментарий: бейджи, карандаши цветные, фломастеры, ручки, бумага, аудиозаписи, презентации, фланелеграф (доска).

Перед началом занятий проводится беседа с пациентами и, при необходимости, с их родственниками.

### Литература

1. Володина, Л.Н. Типы отношения к болезни и возможные пути психокоррекции у пациенток с раком молочной железы / Л.Н. Володина, Б.Ю. Володин // Организация онкологической службы, лечение и реабилитация больных со злокачественными опухолями основных локализаций.- Мат. межрегион.науч.-практ.конф.- Рязань, 1996.- С.28-30.

2. Залуцкий, И.В. Влияние психологических и психопатологических особенностей личности онкологических пациентов на их отношение к болезни/ И.В. Залуцкий, Л.М. Махнач, А.Г. Жуковец, О.А. Шишковская // Вопросы онкологии.- 2010.- Том 56.- №5.- С.687-691.

3. Гальченко, А.Р. Исследование особенностей эмоционально-личностной сферы и социальной адаптации пациентов с онкопатологией / А.Р. Гальченко, Л.В. Шавшаева //Психология личности: изучение, развитие, самопознание. Сборник научных материалов. Под общей редакцией О.И. Каяшевой, Н.В. Николаевой.- СПб.: НИЦ АРТ, 2014.- С59-66.

4. Крюкова, Т.Л., Куфтык, Е.В. Опросник способов совладания/ Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык// Журнал практического психолога. – 2007.- № 3.- С. 93-112.

5. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский.- Самара.: Бахрах-М, 2001.- 672 с.

6. Трошин, В.Д. Стресс и стрессогенные расстройства. Диагностика, лечение и профилактика / В.Д. Трошин.- М.: МИА, 2007. – 784 с.

7. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М., Изд-во Института Психотерапии.-2002.- С.442-444.

8. Фурса, К.А. Внутренняя картина болезни и стрессоустойчивость онкобольных в зависимости от их взаимоотношений с медработниками/ К.А. Фурса // Сборник работ 70-й научной конференции студентов и аспирантов Белорусского государственного университета, 15-18 мая 2013 г., Минск : В 3 ч. Ч. 2. Изд. центр БГУ. – Минск, 2013. – С. 178-182.

9. Шавшаева Л.В. Программа коррекции психологических проблем пациентов с онкологией в условиях стационара / Л.В. Шавшаева, А.Р. Гальченко //Актуальные проблемы психологических, психотерапевтических психолого-педагогических практик третьего тысячелетия: коллективная монография. Том 3 /Д.Н. Ефремова. – СПб.: НИЦ АРТ, 2015.- С.22-42.

## АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

<b>А</b>	<b>Л</b>
Аббатов В.А. .... 7	Лаптева Е.Н. .... 88
Аверьянова О.Ю. .... 149	Лодягин А.Н. .... 108
Агеева И.В. .... 12	Ляшковская С.В. .... 91
Ахвледиани К.Н. .... 50	<b>М</b>
<b>Б</b>	Мазайшвили К.В. .... 76
Бабарахимова С.Б. .... 18	Миропольская О.В. .... 95
Бартош Т.П. .... 22	<b>Н</b>
Билецкая М.П. .... 25, 28	Натаров В.И. .... 99
Блазер А. .... 37	<b>П</b>
Бубнова И.В. .... 109	Пашковский В.Э. .... 108
Булгакова О.С. .... 43	Петрова Н.Н. .... 107, 112
<b>В</b>	Петрухин В.А. .... 50
Винокур В.А. .... 46	Полумеева Д.С. .... 25
Власов П.Н. .... 50	Прокопович Г.А. .... 108
Волынкин А.А. .... 50	Прощенко С.А. .... 109
<b>Г</b>	<b>Р</b>
Гальченко А.Р. .... 149	Ружинских А.Г. .... 110
Головина М.Ю. .... 51	Рукавишников Г.В. .... 112
Горчакова Н.М. .... 53	Рюмин А.В. .... 114
<b>Д</b>	<b>С</b>
Дейнека Н.В. .... 55	Сергуничева Н.А. .... 7
<b>Е</b>	Смирнова И.О. .... 107, 112
Егоренко А.О. .... 63	Соловьева С.Л. .... 118
Ефремова Д.Н. .... 59	Софронов А.Г. .... 108
<b>З</b>	Султанов Ш.Х. .... 121
Захарова М.Л. .... 63	<b>Т</b>
Зобнев В.М. .... 7	Ташлыков В.А. .... 123
<b>И</b>	Телятникова Г.Б. .... 128
Ильмузина А.В. .... 68	Турчанинов Е.Е. .... 131
Искандарова Ж.М. .... 18	<b>У</b>
<b>К</b>	Уманский С.В. .... 135, 139, 144
Каяшева О.И. .... 75	<b>Ш</b>
Киян К.А. .... 76	Шавшаева Л.В. .... 149
Ковпак Д.В. .... 78	Шемет В.Е. .... 28
Кошанская А.Г. .... 84	<b>В</b>
	Blaser A. .... 32

## СОДЕРЖАНИЕ

РОЛЬ СОЗАВИСИМОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Аббатов В.А., Зобнев В.М., Сергуничева Н.А. .... 7
БЕССОЗНАТЕЛЬНЫЙ ЯЗЫК ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ Агеева И.В. .... 12
ОСОБЕННОСТИ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. .... 18
ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ АЛЕКСИТИМИИ Бартош Т.П. .... 22
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ОТЦОВСКО-ДЕТСКОЙ ПОДСИСТЕМЕ В СЕМЬЯХ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Билецкая М.П., Полумеева Д.С. .... 25
ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ДИАДЕ «МАТЬ-ПОДРОСТОК, СТРАДАЮЩИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ» Билецкая М.П., Шемет В.Е. .... 28
SWAN SONG: THE BATTLE OF PSYCHOTHERAPY-SCHOOLS AND A POSSIBLE SOLUTION Blaser A. .... 32
МОЯ ЛЕБЕДИНАЯ ПЕСНЯ: БОРЬБА ШКОЛ ПСИХОТЕРАПИИ И ВОЗМОЖНОЕ РЕШЕНИЕ Блазер А. .... 37
МОДЕЛЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Булгакова О.С. .... 43

ДЕПРЕССИИ КАК ПРОБЛЕМА ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ Винокур В.А.....	46
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ Волынкин А.А., Власов П.Н., Петрухин В.А., Ахвледиани К.Н.....	50
АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ КОНЦЕПТ: АРХЕТИП «ОСЕДЛЫЙ» И «НОМАД» В ПРАКТИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ СТАДИИ ПРИНЯТИЯ У ТЕРМИНАЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Головина М.Ю.....	51
ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ СОМАТОВИСЦЕРАЛЬНЫЙ ОТВЕТ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Горчакова Н.М.....	53
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИСТЕРЭКТОМИИ Дейнека Н.В.....	55
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЛИЧНОСТИ, СТРАДАЮЩЕЙ НАРУШЕНИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА Ефремова Д.Н.....	59
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВУШЕК С ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫМ И ЭМОЦИОГЕННЫМ ТИПАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Захарова М.Л., Егоренко А.О.....	63
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ Ильмузина А.В.....	68
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ АРТ-ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Каяшева О.И.....	75
СИНДРОМ БЕСПОКОЙНЫХ НОГ: ФЛЕБОПАТИЯ, НЕЙРОПАТИЯ ИЛИ СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО? Киян К.А., Мазайшвили К.В.....	76

«ТРЕТЬЯ ВОЛНА» КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ. МАЙНДФУЛНЕСС В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ Ковпак Д.В.....	78
РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕНСИРОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА Кошанская А.Г.....	84
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРАКТИКЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГА Лаптева Е.Н.....	88
ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ, СИСТЕМА МИШЕНЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ КАК ОСНОВА ДЛЯ СОЗДАНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Ляшковская С.В.....	91
ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Миропольская О.В.....	95
КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ И ПСИХОЛОГОВ Натаров В.И.....	99
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ Петрова Н.Н., Смирнова И.О.....	107
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК ОТРАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Прокопович Г.А., Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Лодягин А.Н.....	108
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ Прощенко С.А., Бубнова И.В.....	109
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК С ТЯЖЕстью ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ Ружинских А.Г.....	110

РАЗЛИЧИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С ДЕРМАТОЗАМИ ЛИЦА Рукавишников Г.В., Петрова Н.Н., Смирнова И.О.....	112
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНО- ТИПОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ Рюмин А.В.....	114
ПСИХОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ Соловьева С.Л.....	118
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С СОМАТО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ Султанов Ш.Х.....	121
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО СОМАТОФОРМНОГО БОЛЕВОГО РАССТРОЙСТВА Ташлыков В.А.....	123
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ УСПЕШНОСТЬ ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Телятникова Г.Б.....	128
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТРАВМЫ Турчанинов Е.Е.....	131
РАССТРОЙСТВА СНА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИКУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Уманский С.В.....	135
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В КОНТЕКСТЕ ТИПОЛОГИИ И ТЕРАПИИ Уманский С.В.....	139
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В СОМАТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ. 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ Уманский С.В.....	144

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ Шавшаева Л.В., Аверьянова О.Ю., Гальченко А.Р.....	149
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	152



Программа  
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Конференция XV  
**Актуальные проблемы психосоматики  
в общемедицинской практике**

**02 декабря 2015 года**  
Санкт-Петербург

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

Под общей редакцией  
акад. РАН Мазурова В.И.

Сдано в набор 19.11.2015  
Подписано в печать 25.11.2015  
Формат 60X84 1/16. Бумага офсетная.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 10  
Тираж 200 экз.  
Гарнитура «Таймс»

Дизайн, верстка: Альков А.С.

Оригинал-макет подготовлен  
издательским отделом ООО «Альта Астра»,  
191024, Санкт-Петербург,  
Мытнинская ул. д. 1/20, лит. А  
Тел./факс: (812) 710-75-10

Отпечатано в типографии «Печатный элемент»  
Тел.: (812) 378-04-66  
Зак. № \_\_\_\_

**ISBN 978-5-905498-40-4**

© В.А. Ташлыков, Д.В. Ковпак, 2015  
© Коллектив авторов, 2015  
© Оформление «Альта Астра», 2015