



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

**14 ноября 2014 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 XIV**  
**Актуальные проблемы психосоматики**  
**в общемедицинской практике**

**14 ноября 2014 года**  
**Санкт-Петербург**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

Под общей редакцией  
акад. РАН Мазурова В.И.

Санкт-Петербург  
2014

УДК 616.89  
П 86  
ББК 65.14

Сборник научных статей

**Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике**,  
Санкт-Петербург, ноябрь, 2014 г. – Вып. XIV. / Под общей редакцией  
акад. РАН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2014. – 220 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. 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 978-5-905498-26-8**

© В.А. Ташлыков, Д.В. Ковпак, 2014  
© Коллектив авторов, 2014  
© Оформление «Альта Астра», 2014

**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»

**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)

**Незнанов 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»

*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»

---

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН,  
ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ НАСИЛИЮ ПАРТНЕРОВ  
С АЛКОГОЛЬНОЙ ИЛИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ  
(ИССЛЕДОВАНИЕ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ  
ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ)**

**Аббков В.А., Зобнев В.М., Моженкова В.А.,  
Трубецкая О.В.**

*СПбГУ, факультет психологии,  
Санкт-Петербург*

На четвертой конференции ООН по положению женщин насилие в семье было признано проблемой большинства стран. Выделяют следующие формы насилия в семье: психологическое (эмоциональное), экономическое, физическое, сексуальное. Физическое насилие в семье часто сопровождается психологическим и сексуальным насилием, и нередко связано с зависимостью у члена семьи (Jasinski J., Williams L., 1998; Moffitt T., Caspi A., 1999 и др.). Выяснение уровня распространенности домашнего насилия в России затруднено спецификой менталитета российских женщин, закрытостью жизни семейной системы. Официальная статистика в данном случае опирается на зарегистрированные случаи нанесения тяжких повреждений. Последствия домашнего насилия достаточно серьезны, и оказывают влияние как на психологическое, так и соматическое здоровье женщины (Круг Г. Этьенн и др., 2003). Возникает вопрос о специфике методов профилактики и борьбы с домашним насилием. Однако, для понимания того, какие меры являются необходимыми для устранения рассматриваемого явления, важно знать, какие факторы провоцируют его возникновение, какие причины лежат в его основе.

В данном исследовании сделана попытка уточнить специфику психологических, в том числе интерперсональных характеристик женщин, подвергающихся домашнему насилию партнеров с алкогольной или наркотической видами зависимости, которые остаются широко распространенными в нашей стране.

В исследовании приняли участие 76 женщин в возрасте от 40 до 59 лет. Из них 38 – женщины, подвергающиеся различным формам насилия со стороны партнеров с алкогольной или наркотической зависимостью. Остальные 38 женщин составили контрольную группу – женщин, не подвергающихся насилию со стороны партнера.

**Методы исследования:** специальное анкетирование; опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised), (Derogatis L., 1975), адаптированный (Тарабрина Н.В., 2001); методика диагностики межличностных отношений Т. Лири (Leary T., Coffey I., 1969); опросник «Стратегии совладающего поведения» (Folkman S., Lazarus R., 1988), стандартизированный (Вассерман Л.И., и др., 2008); опросник супружеского статуса Локки-Уолесса (Locke H., Wallace K., 1959); математико-статистические методы обработки данных – а) Пирсона; б) t-критерий Стьюдента для независимых выборок; в) факторный анализ.

#### **Основные результаты исследования:**

1. Изучение социально-демографических характеристик. 45% женщин, подвергающихся домашнему насилию, состоят в гражданском браке, 55% – в официальном. 79% женщин, не подвергающихся домашнему насилию, имеют зарегистрированные отношения, и лишь 21% – незарегистрированные ( $p \leq 0,05$ ).

Неврозы у родственников были выявлены у 24% подвергающихся домашнему насилию женщин и у 5% женщин, не подвергающихся насилию со стороны партнера ( $p \leq 0,001$ ). 13% представительниц первой группы имели родственников с наркотической зависимостью, в то время, как ни одна представительница второй группы не ответила утвердительно на этот вопрос. 37% женщин, подвергающихся домашнему насилию и лишь 3% женщин, не подвергающихся насилию со стороны партнеров, оценивали свои ранние (детские) воспоминания как неприятные. 40% женщин, подвергающихся домашнему насилию, и 5% женщин, не подвергающихся насилию, отметили, что им была нанесена психологическая травма в детском возрасте ( $p \leq 0,001$ ). 63% женщин, подвергающихся домашнему насилию, и лишь 10% женщин, не подвергающихся домашнему насилию, в прошлом имели опыт отношений с партнером, страдающим от алкогольной или наркотической зависимости ( $p \leq 0,001$ ).

2. Исследование уровня выраженности психопатологической симптоматики. Показатели женщин, подвергающиеся домашнему насилию, статистически достоверно отличаются от показателей женщин, не подвергающихся домашнему насилию, повышенным уровнем обсессивности-компульсивности ( $0,01 < p \leq 0,005$ ), более высоким уровнем соматизации, фобической тревожности ( $0,01 < p \leq 0,01$ ). Между двумя рассматриваемыми группами обнаружены различия ( $p \leq 0,001$ ) по шкалам межличностной сензитивности, депрессивности, тревожности, враждебности, шкале паранойяльных тенденций, общему индексу тяжести симптомов, индексу симптоматического дистресса.

3. Исследование стратегий совладающего поведения. Найдены различия ( $p \leq 0,05$ ) между женщинами, подвергающимися и не подвергающимися насилию со стороны партнера по следующим копинг-стратегиям: конфронтация, поиск социальной поддержки, бегство-избегание. Баллы, полученные по этим шкалам, выше у представительниц первой группы, однако баллы эти не превышают средних нормативных показателей.

4. Уровень удовлетворенности партнерскими отношениями. Эти показатели у женщин, подвергающихся домашнему насилию, статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отличаются от показателей женщин, не подвергающихся такому насилию. Среднее значение первой группы свидетельствует о низком уровне удовлетворенности партнерскими отношениями, в то время как среднее значение второй группы – о высоком уровне.

5. Результаты факторного анализа. Посредством факторного анализа было выделено пять факторов. В первый фактор вошли такие переменные, как: соматизация, обсессивность-компульсивность, межличностная сензитивность, депрессивность, тревожность, враждебность, паранойяльные тенденции. Все вышеперечисленные переменные представляют собой шкалы методики SCL-90. Они были объединены в фактор – «невротическая симптоматика».

Второй фактор был образован переменными, обозначающими шкалы методики «Стратегии совладающего поведения». В частности, фактор представлен переменными: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Он получил название – «копинг-стратегии». Третий фактор состоял из двух переменных, относящихся к методике Н. Холла: эмпатия, распознавание эмоций других людей и был назван по последней из них. Четвертый фактор включал в себя переменные, обозначающие зависимый и подчиняемый тип межличностных отношений по методике Т. Лири. Соответственно, он получил название – «зависимость».

Последний, пятый фактор также был образован одной из шкал методики Т. Лири, в частности, шкалой «агрессивный тип межличностных отношений», поэтому был назван – «агрессивность».

Невротическая симптоматика, в большей степени была выражена у женщин, подвергающихся домашнему насилию ( $p \leq 0,001$ ). Средние значения по фактору копинг-стратегий были выше у женщин, подвергающихся домашнему насилию. Однако указанное различие не достигало статистически достоверного уровня значимости. Женщины, подвергающиеся домашнему насилию, в большей степени склонны к зависимому и подчиняемому типу межличностных отношений, чем женщины, не подвергающиеся домашнему насилию. Указанное различие также не достигало статистически значимого уровня. Обнаружены различия ( $0,05 < p \leq 0,1$ ) между группами по фактору агрессивности. Женщины 1 группы в большей степени склонны к агрессивному типу межличностных отношений, чем женщины 2 группы.

**Заключение.** Полученные результаты нуждаются в уточнении на большем объеме выборки и в других популяциях, а также при определенных видах зависимостей. Однако, в связи с полученными данными уже можно говорить о том, что психологическая поддержка жертв домашнего насилия должна включать в себя предоставление информации, касающейся структуры домашнего насилия, его динамики, личностных особенностей жертв домашнего насилия, специфических черт лиц, его совершающих. Такая информация может способствовать более быстрому осознанию происходящего и собственной роли в нем созависимого. Важным звеном может являться работа психотерапевта с неэффективными способами поведения женщины в стрессовой ситуации домашнего насилия. Исследование показало, что подвергающиеся насилию женщины чаще применяют стратегии, которые препятствуют конструктивному разрешению проблемной ситуации.

#### *Литература:*

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях. Пособие для врачей и медицинских психологов. Спб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. 35 с.
2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Круга Г. Этьенна и др. / Пер. с англ. М.: Издательство «Весь Мир», 2003. 376 с.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Спб: Питер, 2001. 272 с.

4. Derogatis L. The SCL-90-R // Clinical Psychometric Research. Baltimore. 1975. P. 323-335.
5. Folkman S., Lazarus Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988. 150 p.
6. Jasinski J., Williams L. Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research. Thousand Oaks. CA: Sage, 1998. 250 p.
7. Leary T., Coffey I. Interpersonal Diagnosis // Theories of Personality Investigation. New-York, 1969. P. 73-96.
8. Locke H., Wallace K. Short marital-adjustment and prediction tests: The ability and validity // Marriage and Family Living. № 21. 1959. P. 251-255.
9. Moffitt T., Caspi A. Findings about partner violence from the Dunedin multidisciplinary health and development study. New Zealand: Washington, DC, National Institutes of Justice, 1999. 190 p.

### **ДИАЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ**

**Александров А.А.**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
Санкт-Петербург*

1. Аналитико-катартическая терапия (АКТА) – современная модель патогенетической психотерапии В.Н. Мясничева. Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова в развитии метода патогенетической психотерапии шла по пути интеграции методов групповой психотерапии (экстенсивный путь развития), то аналитико-катартическая терапия (АКТА), пошла по пути интенсивного развития, сосредоточив свои усилия на разработке методов реконструкции отношений, не выходя за рамки индивидуальной формы патогенетической психотерапии.

2. Индивидуальная патогенетическая психотерапия при сравнении с групповой формой, как показали исследования Г.Л. Исуриной (1989), в большей степени акцентирует когнитивный аспект изменений, поэтому она и относится к рациональной. Реальное эмоциональное воздействие при индивидуальной форме ограничивается диадой «пациент-терапевт», в то время как при групповой форме пациент включен в широкий диапазон различных отношений, эмоциональных и поведенческих реакций. В связи с этим центр тяжести индивидуальной психотерапии переносится на сферу интеллектуального осознания, а ее возможности в непосредственной коррекции эмоциональной и поведен-

ческой сфер ограничивается. Именно интеграция групповой динамики, «заточенной» под цели и задачи патогенетической психотерапии, выравнивали этот дисбаланс, повышая тем самым (среди прочих лечебных факторов, привносимых групповой психотерапией) эффективность системы, которая преобразовывалась теперь в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию.

3. Сама же индивидуальная форма оставалась недостаточно разработанной в техническом отношении, уступая современным западным технологиям. Создатели патогенетической психотерапии (В.Н. Мясищев, Е.К. Яковлева, Р.А. Зачепицкий, Б.Д. Карвасарский) подчеркивали, что процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности. Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не ограничивается когнитивной сферой (не сводится к так называемому «интеллектуальному осознанию»). Для подлинного понимания психологических механизмов болезни интеллектуальное осознание должно дополняться осознанием эмоциональным.

4. Аналитико-катартическая терапия методологически основываясь на теории психологии отношений В.Н. Мясищева, в методическом плане, преломляя концепции «педагогического взрыва» А.С. Макаренко и «незавершенных действий» Б.В. Зейгарник, преобразует разговорный метод («беседы-дискуссии») патогенетической психотерапии в диалогический, предлагая технику, в которой ассимилированы приемы психодрамы, гештальт-терапии, подхода К. Роджерса, в основе которых заключены механизмы «катарсиса».

5. Основная техника АКТА (наряду с беседой терапевта с пациентом) – это разговор пациента с самим собою («диалог-встреча») при активном участии психотерапевта, который обеспечивает эмоциональную поддержку и конфронтацию сопротивлению. Этот диалог приводит в движение ряд связанных воедино механизмов лечебного действия – абреакцию (эмоциональную разрядку), кларификацию (прояснение), «ага-переживание» (завершение незавершенных ситуаций), приводящих к катарсису. Под катарсисом понимается «взрыв» внутри личности индивида, вызванный обострением и столкновением ее противоречивых тенденций и ведущий к реорганизации отношений.

6. Обострение внутреннего конфликта – необходимое условие для создания «критической массы» и последующего «взрыва». Одной аналитической работы недостаточно, если инсайт и возникает, то он рассматривается как «неполный» – подлинного катарсиса, который ведет к личностным изменениям, не происходит. Проработка конфликта должна быть эмоционально насыщенной, энергетически заряженной: эмоции несут в себе энергетический заряд, необходимый для «взрыва».

Обострение конфликта осуществляется с помощью актуализации конфликтной ситуации – ее воспроизведением, проигрыванием в ситуации «здесь и сейчас», с этой целью используются методы монодрамы – монологи и диалоги. Осознанию конфликта способствует применение психотерапевтом конфронтационных приемов, которые служат толчком для «взрыва». Непременным условием катарсиса является предварительный период размышления («размышление предшествует катарсису»), рефлексии, самоанализа, сосредоточения пациента на своей проблеме в поисках ее решения – этап «созревания» пациента, его подготовка к «взрыву». Вся цепочка психотерапевтического процесса («процесса познания себя») включает в себя следующие звенья: размышления – обострение внутреннего конфликта путем актуализации его «здесь и сейчас» – преодоление сопротивления с помощью конфронтации – катарсис, сопровождающийся структурными личностными изменениями.

#### *Литература.*

Александров А. А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. Учебное пособие. СПб, СпецЛит, 2014.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА**

**Андруша А.Б.**

*Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра общей практики семейной медицины и внутренних болезней,  
г. Харьков, Украина*

**Цель исследования** – сравнить изменения психологического компонента здоровья пациентов с органической (хронический колит – ХК) и функциональной (синдром раздраженного кишечника – СРК) патологией кишечника, осложненной остеохондрозом позвоночника (ОХ). Обследовано 67 пациентов с хронической патологией кишечника (у 34 больных имел место СРК) на фоне ОХ.

**Материалы и методы.** Психосоматические изменения у пациентов оценивали с помощью общего опросника Medical Outcomes Study 36-Item (Mos SF-36), где физический компонент здоровья отражают шкалы с 1 по 4, а психологический компонент – с 5 по 8. Для оценки выраженности гастроэнтерологической симптоматики и качества жизни использовалась русская версия специального опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS).



**Результаты.** Суммарный балл по шкале суммарного определения опросника GSRS был  $2,51 \pm 0,31$  и  $2,5 \pm 0,34$  соответственно у пациентов с СРК и ХК на фоне ОХ. Психологический компонент здоровья был значительно ниже по соответствующим шкалам у пациентов с СРК и ОХ по сравнению с ХК и ОХ ( $p < 0,05$ ), низкие значения также выявлены по шкалам ролевого физического и социального функционирования, что указывает на ограничения повседневной деятельности больного клиническими проявлениями СРК, влияющими также на эмоциональное состояние. В группе больных СРК и ОХ низкий балл по шкале «ролевое эмоциональное функционирование» ( $33,3 \pm 4,8$  балла) обусловлен как частотой и выраженностью симптомов, так и негативной эмоциональной окраской, которую они вызывают. Значение физического компонента здоровья по шкалам физического функционирования и интенсивности боли у больных СРК на фоне ОХ и пациентов с ХК в сочетании с ОХ не отличались ( $p > 0,1$ ). В то время как достоверно ухудшалось качество жизни у больных СРК в сочетании с ОХ по шкалам общее здоровье и ролевое физическое функционирование ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У обследованных пациентов выявляется значительное изменение основных показателей по всем шкалам как неспецифического опросника SF-36, так и специфического для патологии желудочно-кишечного тракта опросника GSRS, что указывает на «вклад» как ХК, СПК, так и ОХ на психологический компонент здоровья больных. Сочетание болезней кишечника и ОХ ограничивает социальные контакты, снижает уровень общения, увеличивает тревожные переживания и уровень депрессии. Ухудшение компонентов психологического здоровья более выражено в группе больных с СРК и ОХ, чем у пациентов с ХК и ОХ.

### ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ФАКТОРА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Анкин А.Н.

*ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет»,  
кафедра специальной и клинической психологии, г. Челябинск*

Актуальность исследования обусловлена снижением нервно-психической устойчивости населения в связи с глубокими социальными, политическими, экономическими, культурными преобразованиями в стране и в мире. Я. Рейковский определяет нервно-психическую устойчи-

вость как способность эмоционально возбужденного человека сохранять определенную направленность своих действий, адекватное функционирование и контроль над выражением эмоций [4]. Оптимальный уровень нервно-психической устойчивости связан с возможностью вероятностного прогнозирования, способностью предвосхищать ход и результаты событий, поведение свое и других людей, то есть с антиципационной состоятельностью.

Под антиципационной состоятельностью понимается способность личности с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них, действовать с временно-пространственным упреждением [2].

Способность к антиципации является необходимым элементом регуляции деятельности, поведения и эмоциональных состояний человека и целом участвуют в процессах адаптации личности к меняющимся условиям среды. Согласно антиципационной концепции неврозогенеза В.Д. Менделевича, нарушения прогностической способности относятся к числу ведущих факторов в этиологии неврозов [2].

Ряд данных свидетельствуют о взаимосвязи актуального эмоционального состояния и стратегии прогностической деятельности в ситуациях неопределенности. Так, повышение эмоционального напряжения часто приводит к доминированию стратегии максимизации, а его снижение – к стратегии вероятностного безразличия [1]. По данным В.Г. Рагозинской, снижение антиципационных способностей индивида лежит в основе формирования у него устойчивой склонности реагировать эмоционально-негативными состояниями (тревожностью, депрессией, гневом и т.п.), в том числе в тех ситуациях, которые не несут объективной угрозы его жизни, здоровью и социальному благополучию. Повторяемость эмоционально-негативных состояний и сопровождающее их хроническое гипертоническое возбуждение вегетативной нервной системы являются одним из факторов психосоматических расстройств [3].

Таким образом, данные современных исследований свидетельствуют о важной роли антиципационной состоятельности индивида в обеспечении его нервно-психической устойчивости. Вместе с тем, особенности антиципационной состоятельности здоровой личности, как фактора ее нервно-психической устойчивости, изучены недостаточно.

**Цель исследования** – изучить половозрастные особенности антиципационной состоятельности, как фактора нервно-психической устойчивости.

**Группы испытуемых и методы.** В исследовании приняли участие 15 лиц пожилого возраста (от 62 до 72 лет), не имеющих психических нарушений и выраженного когнитивно-мнестического сниже-

ния, и 15 лиц возраста ранней взрослости (от 22 до 26 лет), не имеющих острых и хронических соматических и психических расстройств. В каждой группе было по 7 мужчин и по 8 женщин.

В исследовании использовались методика «Оценка нервно-психической устойчивости в стрессе» (разработана в ВМА им. С.М. Кирова) и «Тест антиципационной состоятельности» В.Д. Менделевича. Методы математико-статистического анализа: критерий U Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты исследования.** Результаты исследования антиципационной состоятельности у испытуемых двух групп представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние значения показателей антиципационной состоятельности в двух группах

Группа	Компоненты антиципационной состоятельности		
	Личностно-ситуат.	Пространствен.	Временной
Лица возраста ранней взрослости	167,73±12,54	58,93±6,41	50,80±6,37
- женщины	169,38±13,35	62,63±6,28	50,13±6,51
- мужчины	165,86±12,29	54,71±3,30	51,57±6,63
Лица пожилого возраста	200,60±14,33	52,41±5,45	56,73±4,55
- женщины	203,13±14,33	52,62±6,09	57,75±4,65
- мужчины	197,71±17,07	52,14±5,08	55,57±4,50

Согласно данным представленным в таблице 1, в группе лиц возраста ранней взрослости преобладает пространственный компонент антиципационной состоятельности, в то время как личностно-ситуативный и временной компоненты антиципационной состоятельности несколько снижены по сравнению с группой лиц пожилого возраста.

Согласно результатам критерия U Манна-Уитни показатели личностно-ситуативного компонента антиципационной состоятельности в группе лиц возраста ранней взрослости значимо ниже, чем в группе лиц пожилого возраста ( $U$  эмп.=9,50;  $p \leq 0,01$ ). Показатели временного компонента антиципационной состоятельности в группе лиц возраста ранней взрослости также значимо ниже, чем в группе лиц пожилого возраста ( $U$  эмп.=53,00;  $p \leq 0,05$ ). Показатели пространственного компонента антиципационной состоятельности в группе лиц возраста ранней взрослости также значимо выше, чем в группе лиц пожилого возраста ( $U$  эмп.=56,00;  $p \leq 0,05$ ). В группе лиц возраста ранней взрослости показате-

тели пространственного компонента антиципационной состоятельности у испытуемых-женщин значимо выше, чем у испытуемых-мужчин ( $U$  эмп.=8,00;  $p \leq 0,05$ ). В группе лиц пожилого возраста значимых гендерных различий для показателей антиципационной состоятельности не выявлено.

Средние значения показателей нервно-психической устойчивости в группе молодых лиц составляют 3,87±1,81, что соответствует низкому (или неудовлетворительному) уровню нервно-психической устойчивости. В группе лиц пожилого возраста средние значения показателей нервно-психической устойчивости составляют 6,07±1,03, что соответствует среднему (или удовлетворительному) уровню нервно-психической устойчивости.

Согласно результатам сравнительного анализа с помощью критерия U Манна-Уитни показатели нервно-психической устойчивости в группе молодых лиц значимо ниже, чем в группе лиц пожилого возраста ( $U$  эмп.=33,50;  $p \leq 0,01$ ). В каждой из групп показатели нервно-психической устойчивости у испытуемых-женщин (4,38±1,51 в группе молодых женщин; 6,37±0,92 в группе пожилых женщин) несколько ниже, чем у испытуемых-мужчин соответствующей группы (3,29±2,06 в группе молодых мужчин; 5,71±1,11 в группе пожилых мужчин), однако ни в одной из групп различия не достигают уровня статистической значимости.

В группе лиц возраста ранней взрослости показатели нервно-психической устойчивости значимо связаны с показателями пространственного компонента антиципационной состоятельности ( $r=0,589$ ;  $p \leq 0,05$ ). При этом в подгруппе женщин возраста ранней взрослости показатели нервно-психической устойчивости образуют значимую связь только с показателями пространственного компонента антиципационной состоятельности ( $r=0,549$ ;  $p \leq 0,05$ ), тогда как в подгруппе мужчин возраста ранней взрослости показатели нервно-психической устойчивости образуют значимую связь с показателями пространственного ( $r=0,704$ ;  $p \leq 0,05$ ) и личностно-ситуативного компонентов антиципационной состоятельности ( $r=0,778$ ;  $p \leq 0,05$ ).

В группе лиц пожилого возраста показатели нервно-психической устойчивости образуют значимую связь с показателями личностно-ситуативного компонента антиципационной состоятельности ( $r=0,938$ ;  $p \leq 0,01$ ). Других значимых связей между показателями нервно-психической устойчивости и показателями компонентов антиципационной состоятельности в данной группе не выявлено. При этом данная закономерность сохраняет свою статистическую значимость как в подгруппе женщин пожилого возраста ( $r=0,949$ ;  $p \leq 0,01$ ), так и в подгруппе пожилых мужчин ( $r=0,935$ ;  $p \leq 0,01$ ).

**Обсуждение результатов исследования.** Полученные результаты свидетельствуют о значимо более высоких показателях нервно-психической устойчивости и показатели личностно-ситуативного и временного компонентов антиципационной состоятельности у пожилых лиц в сравнении с молодыми людьми. На наш взгляд, это связано с тем, что у лиц возраста ранней зрелости еще мало жизненного опыта, они не всегда способны охватить мысленным взором всю жизненную перспективу и правильно оценить значение тех или иных происходящих жизненных событий – так, как это могут сделать лица пожилого возраста. В то же время у лиц возраста ранней зрелости значимо выше показатели пространственного компонента антиципационной состоятельности, т.е. их адаптация происходит за счет большей энергичности, ловкости и мобильности.

**Заключение.** В ходе проведенного нами исследования установлена прямая взаимосвязь показателей антиципационной состоятельности и уровня нервно-психической устойчивости. При этом у пожилых лиц показатели нервно-психической устойчивости и показатели личностно-ситуативного и временного компонентов антиципационной состоятельности выше, чем у лиц возраста ранней зрелости. Опираясь на представления современных авторов об антиципационной состоятельности, как одном из механизмов совладания с ситуацией неопределенности, мы предполагаем, что одной из возможных причин более высокой нервно-психической устойчивости пожилых людей является их более высокая прогностическая компетентность в отношении личностно-ситуативных и временных факторов. У лиц возраста ранней зрелости прогнозирование строится по моновариантному типу и обеспечивается преимущественно за счет пространственного компонента антиципационной состоятельности, тогда как временная и личностно-ситуативная прогностическая компетентность развиты недостаточно. Иными словами, лица возраста ранней зрелости еще недостаточно успешны в эффективном структурировании, расчете и планировании времени и в прогнозировании социальных ситуаций, поведенческих реакций окружающих и собственных поступков. Их адаптация обеспечивается преимущественно за счет большей энергичности, ловкости и мобильности.

#### *Литература.*

1. Гульдман В.В. Особенности функционирования и использования прошлого опыта у психопатических личностей / В.В. Гульдман, В.А. Иванников // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1974. № 12. – С. 1830-1833.
2. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза / В.Д. Менделевич // Психологический журнал. – 1996. – № 4. – С. 107-114.

3. Рагозинская В.Г. Особенности эмоциональных состояний психосоматических больных / В.Г. Рагозинская // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2010, Т. 16, №2. – С. 274-277.
4. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский. – М.: Прогресс, 1979. – 75 с.

## МЕДИЦИНСКИЙ ПСИХОЛОГ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ

**Афанасьева А.В.**

*НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Ярославль ОАО «РЖД»,  
г. Ярославль*

Психосоматическая патология – понятие, на данный момент времени, в рамках отечественной модели здравоохранения, не существующее. Тем не менее, и из глубины «клинической практики», и с точки зрения простой обывательской наблюдательности, дело обстоит как раз наоборот – количество расстройств, обусловленных социальными и психологическими причинами, год от года растет. Проблема в том, что первичное выявление, лечение и, уж тем более, профилактика таких расстройств является необыкновенной роскошью в существующей ныне концепции и модели оказания медицинской помощи.

Психосоматика – область междисциплинарная и интегративная. Постановка «психосоматического вопроса», его концептуальная разработка и робкие попытки апробации и адаптации к нуждам отечественного здравоохранения были начаты еще в советский период энтузиазмом, научным гением и практическими усилиями различных специалистов, среди которых были традиционные психиатры, терапевты, физиологи, диковинные по советским временам психотерапевты (специальность существует с 1982 г.) и психологи, по тем временам еще даже «не медицинские» (специальность «медицинский психолог» существует с 2001 г.). Сегодня, традиционная психиатрия, загнанная в «прокрустово ложе» основными положениями ФЗ от 02.02.1992 «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», ошельмованная немислимыми политизированными обвинениями, на долгие годы лишившими отечественную научную и практическую психиатрию морального права говорить и влиять на гражданское общество, не имеет ни финансовых рычагов, ни ресурса специалистов, ни клинической базы для разрешения вопросов, сопряженных с диагностикой и лечением психосоматических заболеваний и, поневоле, обходит эту область своим вни-

манием. Общесоматическая медицина, для нужд которой, собственно и разрабатывался «психосоматический вопрос», ведет себя по отношению к психосоматической модели так, как будто последней не существует: до сих пор отсутствует круг специалистов, компетентных в вопросах психосоматики. За последние 20 лет в поликлиниках не прибавилось ставок психотерапевтов и медицинских психологов, которых сами нужды широкой поликлинической практики заставили бы сначала адаптироваться к вопросам психосоматики, а затем и решать их. Широкого распространения специальность «семейный врач», который, в силу особенностей своего места в клинической практике – в семье – так или иначе, стал бы проводником взглядов «психосоматического единства» и занимался бы вопросами профилактики и первичного выявления соматической патологии (на 70% это и есть неврозы и функциональные психосоматозы), не получила. Таким образом, мы имеем удивительную ситуацию, когда распространенность и удельный вес психосоматической патологии в психиатрической и общесоматической практике растет, а адекватный ответ со стороны здравоохранения – отсутствует.

Между тем, хотелось бы отметить, цена «психосоматического вопроса» довольно велика. На это влияет ряд обстоятельств:

1) Диагностика «психосоматического расстройства» должна быть и позитивной (психосоматический симптом – психосоматический синдром – нозология) и негативной – с исключением соматической патологии другой этиологии и психических заболеваний (висцеральные «маски» психозов). Результатом данного процесса является выход на многоосевой психосоматический диагноз, предполагающий и соматическую идентификацию симптома, и идентификацию психотипических особенностей пациента. В ходе подобного рода диагностики используются клинические, параклинические, лабораторные, психодиагностические, зачастую, весьма дорогостоящие процедуры. На текущий момент ни одна из страховых моделей, работающих в системе здравоохранения, (ОМС, ДМС), не берет на себя бремя финансовых обязательств оплаты диагностики и лечения широкого ряда психосоматических расстройств. Таким образом, это бремя ложится на плечи пациента, мобилизуя и гипермобилизуя его финансовые возможности и лечебную мотивацию.

2) Диагностика и лечение психосоматических расстройств возможны только усилиями специалистов, ориентирующихся одинаково уверенно и в вопросах общесоматической медицины, и в вопросах психического здоровья, знающих основные психосоматические и соматопсихические соотношения и пропорции. Помимо базовой подготовки (медицинской для психотерапевта, гуманитарной для психолога) и учебной специализации (на учебных базах медицинских ВУЗов), та-

кой специалист должен быть специфицирован именно как клиницист и «психосоматолог». Основной принцип работы с психосоматическим пациентом – комплексный, бригадный, в котором отсутствует жесткое разделение полномочий и компетенций, отделения диагностических и мотивационных этапов от, собственно, лечебных. Врач и психолог должны иметь одинаковую «клиническую заточенность» и «синхронно думать». Психолог в рамках психосоматической модели является на всех этапах ведения пациента равным партнером врачу-психотерапевту. В отечественной модели здравоохранения до сих пор отношение к психологу остается патерналистским и покровительственным, возможно, именно по этой причине психолог в клинической практике до сих пор остается фигурой экзотической и малопонятной даже для представителей других клинических специальностей.

3) Психосоматический пациент, и в этом его особенность, строит внутреннее представление о своем заболевании как об исключительно соматическом, не улавливает внутренней связи характера симптоматики и степени ее выраженности с психологическими и социопсихологическими факторами, более того, склонен отрицать эту связь и, по – своему, эксплуатировать свой симптом. В силу этого, психосоматический пациент заведомо не является «простым», партнерским и комплаентным. Складывается удивительная ситуация – психосоматический пациент, блуждая в лабиринтах учреждений здравоохранения, не готов «отдать» свой симптом (буквально говоря, выздороветь), а мы, как представители этого самого здравоохранения, зачастую не имеем возможности этот симптом «взять» (вылечить) и предложить пациенту «нечто» взамен симптома, что качественно улучшит его жизнь.

4) Следует также учитывать то обстоятельство, что психосоматический пациент является частью различных социальных групп и систем. В ситуации, когда родители на прием приводят ребенка, или семейная группа «приводит» на прием одного из своих членов, речь идет уже об «идентифицированном пациенте» и специалист неизбежно попадает в контекст системной семейной психотерапии. В этом контексте семья, используя симптом «идентифицированного» члена семьи, будет прикладывать усилия к поддержанию «гомеостаза» и сохранению пусть хрупкого, но «баланса», а специалист будет обходить феномены группового семейного давления и сопротивления, продумывать психотерапевтические интервенции в контексте их влияния на всех членов семейной группы, обходить «ловушки», имеющие целью включение специалиста в семейные игры, привлекать в терапию «совладельческий ресурс» других членов семьи в помощь «идентифицированному», получать разрешение всей семейной группы «отдать» симптом, но сохранить при этом семейную целостность.

Таким образом, пока психосоматический пациент пытается получить помощь и поочередно «встраивается» со своей симптоматикой в различные существующие профессиональные, полупрофессиональные или совсем не профессиональные «проблемные поля», – он довольно долго истощает свои собственные, государственные или ведомственные финансовые ресурсы, оплачивая диагностику или попытки лечения, истощает кредит своего доверия и терпения, хронифицируя свои симптомы.

Почему это происходит?

У психологов-консультантов общей психотерапевтической практики не хватает компетенций и специальных познаний в вопросах соматической и психической патологии. В своей практике психологи делают акцент на необходимости и важности «расширения опыта», достижения «изменений», тогда как психотерапия психосоматических пациентов жестко ориентирована на цель, состоящую в редукции патологических симптомов, достижению устойчивой ремиссии, улучшении субъективного самочувствия и общего качества жизни.

У психиатров и врачей-психотерапевтов, как представителей медицинского сообщества, клиническое мышление «заточено» на распознавание «негативных признаков» и симптомов расстройств, зачастую им не хватает психологических познаний для точной идентификации психологических феноменов и их экспликации на языке, психологически понятном для пациентов. Врачи могут испытывать серьезные затруднения в определении «позитивного ресурса» и построении реалистичного психологического прогноза исхода лечения для психосоматического пациента. Терапевтам, которые исчерпывающе ориентируются в клинике телесных заболеваний, не хватает знаний психопатологии, а также закономерностей нормальной психологии, полностью отсутствует терминологический аппарат для объяснений с клиентом на психологические темы, навыки построения коммуникаций и мотивирования на лечение такого круга пациентов (как помним, заведомо нон-комплаенсных).

У самого пациента отсутствует отчетливый образ профессионала, который мог бы быть для него полезным и, что немало важно, уместным, с точки зрения специфики «затруднения-симптома». Пациент решительно не представляет «где» и «у кого» искать возможность получения помощи, даже если допустить достаточный уровень его мотивированности для того, чтобы принять эту помощь.

Пациент, рано или поздно, просто вынужден делать выбор специалиста на основании не очень понятных ему альтернатив или, что еще печальнее, уклоняясь от выбора, отдавать себя «в руки судьбы» (по объявлению в газете, по ссылке в интернете, по рекомендации приятеля),

попадая в «поле», никакого отношения к медицине или, шире говоря, верифицированным легальным практикам не имеющее (травники, экстрасенсы, целители и прочие кудесники).

Все это еще в большей степени и мере хронифицирует и усложняет картину заболевания пациента, истощает его материальный и моральный ресурс, снижает доверие к специалистам и медицине в целом, как предметной области, которая не в состоянии ответить на его запрос и оказать помощь, вызывает различные виды вторичной депрессии (ларвированная, стертая, атипичная и т.д.).

Каждый из практикующих специалистов-клиницистов неоднократно сталкивался с многочисленными предубеждениями пациентов в отношении обращения и, что еще важнее, *своевременного* обращения за медицинской помощью. По данным социологических опросов почти каждый второй, обратившийся за медицинской помощью в нашей стране (около 40%), остается неудовлетворенным качеством этой помощи. По данным ВОЗ, среди обращающихся в поликлинику за общетерапевтической помощью (на прием к врачу-интернисту, терапевту) 40% лиц имеют выраженные в большей или меньшей степени первичные и вторичные психосоматические и соматопсихические расстройства. Не тем ли обусловлено отсутствие удовлетворения от лечения, что сам характер «медицинского ответа» на запрос клиента оказывается неверным?

Исходя из этих соображений, представляется целесообразным в целях повышения общего профессионального уровня психологов, работающих в сфере психосоматической медицины и, в целом, в области охраны здоровья граждан, предложить следующие положения к обсуждению специалистов:

1. Специалист-психолог, работающий в области психосоматики, так же как все психологи, работающие в системе современного российского здравоохранения, должен иметь специализацию «медицинский психолог» – код профессии 24041 Общероссийского классификатора занятости (ОКЗ) в редакции от 10.06.1999, устанавливающего соответствие должности «медицинского психолога» базовой группе «врачи». Помощь психосоматическим пациентам должна быть комплексной, в русле современного «биопсихосоциального подхода», соответствующей общим стандартам медицинской практики. Психосоматическая медицина – смежная, междисциплинарная научно-практическая и клиническая область, образованная слиянием «психологии» и «медицины». Специалист, работающий с психосоматическим пациентом, должен располагать достаточным объемом знаний и компетенций и из «психологии» и из «медицины». При этом знания медицинского характера не должны исчерпываться «психиатрией» (клиника душевных расстройств),

но должны также касаться «общесоматической медицины» (клиника телесных болезней). Регулярные «повышения квалификации» и аттестации в порядке, установленном приказами Минздрава РФ, дают возможности подготовки такого специалиста.

2. Основной принцип работы с психосоматическим пациентом предполагает «бригадность» и «командность» с тем, чтобы обеспечить комплексный лечебно-диагностический подход, соответствующий современным критериям эффективности и качества оказания медицинской помощи. В рамках работы «бригады» или «коллектива», включающим в своем составе врачей разных специальностей и «медицинских психологов», должны проводиться интервью и бабинтовские группы. Интервью, являясь мощным инструментом профессионального роста коллектива специалистов и каждого члена этого коллектива в отдельности, позволят оптимизировать взаимодействие специалистов друг с другом и специалистов с пациентами. Бабинтовские группы будут содействовать внутригрупповой сплоченности, давать каждому специалисту ресурс для внутреннего профессионального и личностного роста и профилактировать синдром «профессионального выгорания» и профессиональные деформации.

3. Психолог-психосоматолог, помимо специализации «медицинской психолог», должен иметь установленное число супервизионных часов. Супервизором может быть специалист психолог-клиницист, имеющий высшую аттестационную категорию как «медицинский психолог» и стаж клинической работы в общесоматической или психосоматической клинике не менее 10 лет.

## НАРРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА И ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ

Бабин С.М., Случевская С.Ф.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
кафедра психотерапии и сексологии, Санкт-Петербург

Под нарративом – понимается изложение взаимосвязанных событий, представленных читателю или слушателю в виде последовательности слов или образов. Широкое распространение получила нарративная психотерапия, основывающаяся на том, что люди используют повествовательную форму для придания значения своему жизненному опыту, и эти истории оказывают влияние на их жизнь. Специфическим методом решения жизненных проблем пациента служит представление

ему возможности отделить непосредственный жизненный опыт от индивидуальных способов его организации (личной нарративной стратегии), поощрении пациента в «создании заново» альтернативной истории своей жизни или каких-либо значимых последовательностей событий [Карвасарский Б.Д., 2006].

С точки зрения медицинской антропологии болезнь может быть рассмотрена как культурная реконструкция, которая выявляется лишь через анализ рассказа – нарратив [Михель Д.В., 2012]. Проблематика нарративной медицины в отечественных источниках подробно изложена в работах В.Л. Лехциера и его коллег [Лехциер В.Л., 2011; 2012]. Именно для хронического больного, у которого «ситуация болезни» и «ситуация жизни» фактически совпадают каждодневное существование является, по словам А. Клейнмана (одного из ключевых авторов «нарративного поворота» в медицине), жизнью-в-интерпретации своих состояний, а сами эти интерпретации носят преимущественно нарративный характер. С их помощью человек придает смысл своему опыту, в данном случае опыту жизни с хроническим страданием. Без подобных рассказов и интерпретаций пациент не в состоянии понять, что с ним происходит.

А. Клейнман разделяет «болезнь» – *illness* и «заболевание» – *disease* [Лехциер В.Л., 2012]. Под *illness* понимается субъективный опыт переживания страдания, включающий и различные концепции, объясняющие то, что происходит с человеком. Профессиональный врач говорит на другом языке, он «отказывается» от всего индивидуального и субъективного в пользу обобщений, базирующихся на определенных теоретических представлениях, классификациях, перечнях симптоматики, и, в конечном счете, диагнозе. Фактически при контакте с пациентом врач «переводит» с языка *illness* на язык *disease*. С одной стороны это необходимо для диагностики и терапии. Но с другой, по мнению автора, это приводит к конфликтам и противоречиям, особенно если речь идет о хронически больных, когда именно субъективная картина страдания игнорируется официальной и институализированной медициной.

Традиционный медицинский профессиональный нарратив вступает в противоречие с нарративом пациента [Лехциер В.Л., 2011], и за счет лучшей организованности, разработанности, властной позиции чаще всего его подавляет и/или игнорирует. Но именно индивидуальная субъективно значимая история жизни имеет потенциальное терапевтическое значение. Необходимость учитывать нарративы пациентов и их близких в процессе терапии обосновывается многими исследователями. Р. Шэррон, одна из идеологов «нарративного поворота» в медицине предлагает даже концепт нарративной медицины, которая поможет преодолеть пропасть между врачом и пациентом, понять

внутренний мир хронически больного, вызвать и укрепить его доверие, и таким образом, будет более индивидуализированной и эффективной [Лехциер В.Л., 2012].

Но для того чтобы врачу-психиатру или медицинской сестре попытаться понять что испытывает пациент и каким образом он переживает опыт психического расстройства необходимо регулярно тренировать собственную восприимчивость к нарративным проявлениям. Объем статьи не позволяет подробно остановиться на образовательном аспекте, и мы лишь сошлемся на работы Р. Шэрн, которая говорит об обучении нарративному знанию, т.е. умению анализировать имеющиеся устные и письменные тексты, извлекать из них смысл. Регулярное обучение и тренинг способствует постепенному формированию у профессионала так называемой нарративной компетенции, к которой Р. Шэрн относит внимание к страданию пациента, репрезентацию (способность представить рассказ пациента), и аффилиацию (способность образовывать с клиентом особое этическое сообщество, единство).

Существуют различные нарративные практики, как индивидуальные, так и групповые, такие как, ведение собственных нарративных дневников, рефлексивное письмо и другие, которые позволяют профессионалу оценить и погрузиться в собственный внутренний мир, и через понимание самого себя лучше понять и приблизить своего пациента. Применение нарративных идей в медицине базируется, в том числе и на феноменологическом подходе, одном из наиболее важных для практикующего врача-психотерапевта. Соответственно обучение основам феноменологической редукции, рефлексивного анализа, также как и использование в обучении различных вариантов самостоятельной работы с практикой письменных самоотчетов позволит значительно повысить эффективность последипломной подготовки специалистов [Бабин С.М., Случевская С.Ф., 2014].

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С АЛЕКСИТИМИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ**

**Бартош Т.П.**

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

В пубертатный период учебные нагрузки предъявляют дополнительные требования к адаптационным возможностям организма

школьников и ведут к ухудшению функционального состояния, повышению нервно-психического напряжения, тревожности. У детей и подростков северных регионов, с учетом синергизма негативного воздействия природно-климатических факторов Севера, существует вероятность отклонений психического здоровья, нарушения адаптивного поведения, а также возникновения соматических заболеваний.

Такой феномен, как алекситимия в структуре личности, развивается в подростковом возрасте, характеризуется трудностями в различении и описании эмоций. Неидентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменение на соматическом уровне [2, 4]. Являясь сложным симптомокомплексом, алекситимия проявляется на когнитивном, аффективном и поведенческом уровнях. Алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска, связанный с некоторыми личностными характеристиками [1-2].

**Цель исследования** – изучение особенностей психологических показателей у младших подростков, проживающих в Магадане, с алекситимическими признаками.

Всего обследовано 140 школьников 12-13 лет ( $12,5 \pm 0,11$ ), из них 63 девочки (45%) и 77 мальчиков (55%) 6-х классов, обучающихся в лицее № 1 и гимназии № 13 г. Магадана. Для оценки алекситимии использовали адаптированную в Психоневрологическом институте имени В.М. Бехтерева шкалу Торонто (TAS-26). В ходе исследования ученики были разделены на 3 группы в соответствии с показателем выраженности алекситимии: 1 группа – алекситимический тип личности – 74 балла и выше (21 девочка и 30 мальчиков); 2 группа – 63-73 балла – переходный тип (24 девочки и 26 мальчиков); 3 группа – неалекситимический тип личности – 62 балла и ниже (18 девочек и 21 мальчик). Психологические опросники включали методику многомерной оценки детской тревожности (МОДТ), включающую 10 шкал тревожности [5]. Уровень социальной фрустрированности для подростков (УСФ-п) определяли по разработанной Л.И. Вассерманом и соавт. методике (Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева). Наличие невротических и неврозоподобных симптомов в эмоционально-аффективной сфере подростков определяли с помощью шкалы нервно-психической адаптации (НПА). Для оценки психической ригидности применяли Томский опросник ригидности [3]. Самооценку определяли с помощью Вербальной самооценки личности [6].

Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6.

Данные нашего исследования показали, что у 36% исследованной выборки школьников обоего пола выявлены признаки алекситимии. Общий профиль тревожности лиц с признаками алекситимии по всем 10-

шкалам опросника значительно превышал профиль лиц без алекситимических черт ( $p < 0,01$ ). Самый высокий общий балл по шкале 3 (тревога в связи с оценкой окружающих), шкале 8 (тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний) и шкале 5 (тревога в отношениях с родителями), которая характеризует неустойчивость эмоционального фона отношений с родителями, что может негативно сказываться на успешности социальной адаптации и обучения подростка [5]. Подростки с алекситимическими чертами характеризуются более выраженными проявлениями психической дизадаптации, невротоподобными расстройствами, по сравнению со сверстниками без алекситимического радикала (соответственно,  $27 \pm 2,48$  и  $14 \pm 1,8$  баллов,  $p < 0,01$ ). Высокий показатель НПА (более 35 баллов) регистрировали у 37% школьников 1-й группы, 10% и 3%, соответственно, во 2-й и 3-й группах. Такие проявления нервно-психического неблагополучия у подростков с алекситимическими признаками могут способствовать нарушениям функционального состояния и здоровья учащихся. Ранее исследованиями показано, что алекситимия сопровождается повышением активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем и существует корреляция между выраженностью алекситимии и содержанием кортизола, адренкортикотропного гормона и норадреналина [7]. Исходя из этого, можем предполагать у подростков с алекситимическими признаками более высокое содержание гормонов, отвечающих за адаптацию, соответственно, повышенное напряжение функциональных резервов организма, поскольку различные ситуации воспринимаются как угрожающие и вызывают тревогу.

По нашим данным, подростки с признаками алекситимии отличались наиболее выраженной социальной фрустрацией, по сравнению со сверстниками 3-й группы (соответственно,  $1,9 \pm 0,09$  и  $1,5 \pm 0,06$  баллов,  $p < 0,01$ ). У них более высока вероятность развития психического стресса при повышении фрустрационной напряженности. Корреляционный анализ данных в группе с алекситимическими признаками выявил положительную связь показателя УСФ-п со шкалами тревожности: 2 -тревога во взаимоотношениях со сверстниками ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ), 5 -тревога во взаимоотношениях с родителями ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,05$ ) и показателем НПА ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ). Другими словами, у подростков с алекситимическими признаками фрустрация обусловлена переживаниями, тревожностью во взаимоотношениях со сверстниками и родителями и может служить источником нарушения нервно-психической адаптации.

Низкую самооценку регистрировали у 80% школьников с алекситимическими чертами, 54% – в переходной группе и 46% среди лиц неалекситимического типа. Корреляционный анализ показал положительную связь самооценки с алекситимией ( $r = 0,35$ ;  $p < 0,05$ ).

Изучение психической ригидности показало, что более 50% школьников с алекситимическими чертами демонстрировали высокую ригидность как состояние (PCO). Эти подростки наиболее склонны к фиксированным формам поведения, неадекватным реакциям на неожиданные раздражители в состоянии стресса, утомления. Характерен медленный темп деятельности, трудности переключения, инертность [3]. Показатель Общей ригидности в 1-й группе имел 13 положительных связей с психологическими показателями, из них практически со всеми шкалами тревожности по методике МОДТ (в диапазоне  $r = 0,33-0,51$ ;  $p < 0,05$ ), НПА ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ) и Самооценкой ( $r = 0,61$ ;  $p < 0,01$ ). Выявленные взаимосвязи показывают, что ригидность у подростков с алекситимическим типом достаточно широко охватывает различные аспекты психоэмоциональной сферы, а в сочетании с алекситимией служит взаимодополняющим фактором влияния на формирование личности.

Полученные нами данные свидетельствуют в пользу того, что показатель алекситимии в структуре личности младшего подростка на Севере может служить психодиагностическим индикатором психосоциального благополучия ребенка. В то же время, снижение нервно-психических резервов, отклонения в состоянии психосоматического здоровья и дизадаптации подростков может быть вызвано взаимодействием факторов тревожности, фрустрации, ригидности, невротизации личности. Поэтому актуальное значение приобретает ранняя диагностика и комплексная психопрофилактика психического состояния детей и подростков на Севере.

**Заключение.** Исследование показало, что у младших подростков с алекситимическими признаками по сравнению со сверстниками с неалекситимическим типом, более выражены показатели тревожности, социальной фрустрированности, психической ригидности, невротических и невротоподобных симптомов в эмоционально-аффективной сфере, более низкий уровень самооценки.

#### *Литература*

1. Бартош Т.П. Акцентуации характера у девочек – подростков различных этнических групп Севера с алекситимическими чертами // Вестник психофизиологии. - 2014. – № 2. – С.22-24.
2. Бобкова Е.Н., Ивашиненко Д.М. Роль алекситимии в развитии психосоматических заболеваний // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, 16 ноября, 2012 г. – Вып. XII. Сборник научных статей / Под общей ред. В.И. Мазурова. – СПб.: – 2012. С.61-67.
3. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. – Москва: ИП РАН, 2007. – 336 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. Ромицына Е.Е. Многомерная оценка детской тревожности. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Речь, 2006 – 112 с.
6. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. / Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп.– М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002 – 490 с.
7. Henry J.P., Naviland M.G., Cummings M.A. et al. Shared neuroendocrine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia // Psychosom Med. – 1992; – 54: 4. – p. 407 – 415.

### ТРЕВОГА В СЕМЬЯХ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Билецкая М.П., Полумеева Д.С.

ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России,  
Санкт-Петербург

Ожирение относится к числу наиболее распространенных, опасных для здоровья и социально значимых заболеваний.

Актуальность проблемы алиментарного ожирения заключается в том, что численность людей с избыточной массой тела прогрессивно увеличивается (на 10% от прежнего количества за каждые 10 лет) [3]. Большинство способов нормализации массы тела при алиментарном ожирении устраняют следствие, а не причину. Зачастую причиной развития алиментарного ожирения может являться дисфункциональность детско-родительских отношений. Так как семья – это система, то нарушение в какой-нибудь её части может повлечь за собой и другие нарушения [2], так на развитие ожирения у подростка могут влиять паталогизирующий тип семейного воспитания, высокий уровень семейной тревожности, напряжённости и другие семейные факторы. [1]

**Цель.** Изучить особенности проявления тревоги в семьях девушек-подростков с алиментарным ожирением.

**Основная группа.** Девушки-подростки в возрасте 15-16 лет, страдающие алиментарным ожирением II степени (15 человек), и их родители (30 человек). Средний анамнез заболевания составляет 3,5 года. Все семьи полные. Состав нуклеарной семьи 3 человека.

**Контрольная группа.** Девушки-подростки в возрасте 15-16 лет, условно здоровые (15 человек) и их родители (30 человек). Все семьи полные. Состав нуклеарной семьи 3 человека.

### Методы исследования.

*Психодиагностический метод:*

1. Опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ; Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис)
2. Методика «Измерения уровня тревожности» (Дж. Тейлор; адаптация Т.А. Немчинова)

*Статистические методы:*

1. Непараметрический метод сравнения средних Манна-Уитни.
2. Корреляционный анализ с применением критерия Спирмэну.

**Анализ результатов исследования.** Для выявления уровня тревоги на системном семейном уровне, был использован опросник «Анализ семейной тревоги» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса.

У матерей девушек-подростков с алиментарным ожирением отмечается высокий уровень общей семейной тревоги ( $10,9 \pm 2,6$ ;  $6,7 \pm 3,4$ ;  $p < 0,05$ ) и семейной тревожности ( $4,1 \pm 1,3$ ;  $2,2 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ). Сравнительный анализ показал, что результаты по показателям «напряженность» и «вина» у матерей основной группы значительно выше, чем у контрольной. Таким образом, полученные результаты могут свидетельствовать о том, что матери девушек-подростков, страдающих ожирением, более подвержены тревожным переживаниям в отличие от матерей условно здоровых девушек-подростков.

Исходя из результатов, у отцов девушек-подростков 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» ( $6,3 \pm 2,2$ ;  $13,8 \pm 3,7$ ;  $p < 0,001$ ). Это может свидетельствовать о том, что отцы девушек-подростков, страдающих ожирением, считают, что ситуация в семье не зависит от их усилий и выполнение семейных обязанностей является непосильной задачей.

Девушки-подростки, страдающие ожирением, в отличие от условно здоровых девушек, имеют более высокие баллы по шкале «семейная тревожность» ( $2 \pm 1,6$ ;  $3,8 \pm 2,2$ ;  $p < 0,05$ ) и «общая семейная тревожность» ( $2 \pm 1,6$ ;  $3,8 \pm 2,2$ ;  $p < 0,05$ ), а также результаты по шкале «вина» у девушек страдающих ожирением выше, чем у условно здоровых на уровне средних значений.

Учитывая возрастные особенности и специфику заболевания, можно предположить, что это связано с тем, что девушки с ожирением прибегают к еде, чтобы успокоить себя, «заесть» негативные переживания, что является проявлением эмоциогенного пищевого поведения.

Для выявления тревожности на индивидуально-личностном уровне, была использована методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова).

Анализ проявлений тревоги на индивидуально-личностном уровне показал наличие у всех членов семей девушек-подростков с алиментарным ожирением, высокий уровень личностной тревожности. У отцов девушек, страдающих алиментарным ожирением, отмечаются значимые различия уровня тревожности ( $21,7 \pm 1,6$ ;  $26,4 \pm 2,5$ ;  $p < 0,05$ ), у девушек-подростков. У матерей ( $23,4 \pm 2,3$ ;  $17,6 \pm 1,25$ ) и девушек-подростков показатели выше на уровне средних значений.

Корреляционный анализ позволил выявить взаимосвязь семейной тревоги и тревожности на индивидуально-личностном уровне в детско-родительских подсистемах.

В диаде «мать-девушка-подросток с алиментарным ожирением» выявлены взаимосвязи семейной тревожности у больных девушек с показателями по шкале «семейная тревожность» ( $r = 0,62$ ;  $p < 0,05$ ) и «семейная вина» ( $r = -0,62$ ;  $p < 0,05$ ) у их матерей.

В диаде «отец-девушка-подросток с алиментарным ожирением» личностная тревога у девушек имеет взаимосвязь со шкалой «семейная тревога» у отцов ( $p < 0,05$ ;  $r = -0,62$ ).

Также наблюдается положительная взаимосвязь шкалы «семейная вина» матерей со шкалой «семейное напряжённость» у отцов ( $p < 0,05$ ;  $r = 0,62$ ).

#### **Заключение.**

1. У членов семей девушек, страдающих ожирением, в отличие от семей с условно здоровыми девушками, отмечается высокий уровень личностной тревожности, а так же семейной вины, тревоги и напряжённости, обуславливающий высокий уровень общей семейной тревоги, что закрепляет психосоматический компонент заболевания.

2. Взаимосвязь личностной тревожности и структурных компонентов общей семейной тревоги, как в детско-родительских, так и в родительской подсистемах свидетельствует о наличии выраженной тревоги на системном семейном уровне в семьях девушек-подростков, страдающих алиментарным ожирением.

#### *Литература*

1. Билецкая М.П., Силенко Е.А «Клинико-психологические особенности детей и подростков с психосоматическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта» Неврологический вестник – 2007.
2. Психология и психотерапия семьи. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. СПб.: Питер, 2002.
3. Всемирная организация здравоохранения. Центр СМИ. Электронный ресурс. [www.who.int/ru](http://www.who.int/ru)

## **ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

**Билецкая М.П., Козлова Т.В.**

*ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России,  
Санкт-Петербург*

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое заболевание воспалительной природы неустановленной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки, характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями (сужение, перфорация, кровотечения, сепсис и др.) [2]

Неспецифический язвенный колит, отличающийся прогрессирующим течением и вызывающий ряд осложнений, является большой социальной проблемой, поскольку эта патология приводит к нарушению привычного образа жизни и ранней инвалидизации.

В последние годы отмечается увеличение заболеваемости и роста числа пациентов с патологией толстой кишки, в особенности пациентов с неспецифическим язвенным колитом. Среди больных неспецифическим язвенным колитом преобладают лица сравнительно молодого возраста, что приводит к ранней инвалидизации [4]. Актуальность изучения особенностей данного заболевания обусловлено значительным снижением качества жизни в отношении питания, сна, отдыха, семейно-социального положения, сексуальной активности, отсутствием достаточно эффективных схем лечения, стоимостью лечения, что в свою очередь приводит к нарушению психоэмоционального состояния больных. Предполагается, что больные с НЯК также отличаются своеобразными личностными особенностями, определяющими их подверженность к стрессовым ситуациям, обуславливающим развитие или обострение заболевания. Особое внимание следует уделить возможности установления личностных характеристик и степень выраженности психоэмоциональных нарушений у больных с неспецифическим язвенным колитом, что позволит говорить об изучении психоэмоционального состояния у женщин с неспецифическим язвенным колитом.

**С целью** изучить психоэмоциональное состояние у женщин с неспецифическим язвенным колитом, было исследовано 40 человек. Основную группу составили 20 женщин с неспецифическим язвенным колитом в возрасте 40-50 лет. Контрольная группа – 20 условно здоровых женщин.

**Методы исследования.** Психодиагностический метод: методика «Диагностика самооценки психических состояний» Г. Айзенка;

опросник «Диагностика состояния агрессии» А. Басса и А. Дарки, адаптированная А.К. Осницким; многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина (шкалы «Личностный адаптивный потенциал», «Нервно психическая устойчивость», «Моральная нравственность», «Коммуникативные способности»); методика «Измерение уровня тревожности Дж. Тейлора», адаптированная Т.А. Немчиновым.

Статистический метод: непараметрический критерий для двух независимых переменных U-Манна-Уитни; коэффициент корреляции рангов К. Спирмена.

**Результаты исследования.** При выявлении таких психических состояний, как: тревожность, фрустрация, агрессивность и ригидность были установлены достоверные различия между группами. Для женщин с неспецифическим язвенным колитом в отличие от условно здоровых женщин характерны высокий уровень агрессивности ( $0,73 \pm 0,07$ ;  $0,47 \pm 0,13$ ;  $p < 0,01$ ) и ригидности ( $6,1 \pm 1,8$ ;  $5,2 \pm 0,6$ ;  $p < 0,01$ ), что, возможно, обусловлено негативным восприятием своей болезни, отрицанием болезни и тяжёлым соматическим состоянием. То есть у женщин с неспецифическим язвенным колитом отмечается высокий уровень несдержанности, присутствуют трудности при общении с другими людьми, взгляды на жизнь не соответствуют реальной жизни. На уровне средних значений также выявлено, что женщинам с неспецифическим язвенным колитом свойственна наивысшая степень тревожности и фрустрации.

При исследовании уровня агрессивных, враждебных реакций и тенденций личности были получены различия между женщинами с неспецифическим язвенным колитом и условно- здоровыми женщинами. Для женщин с неспецифическим язвенным колитом характерна наивысшая степень агрессивных ( $6,7 \pm 1,1$ ;  $4,9 \pm 0,8$ ;  $p < 0,01$ ), враждебных реакций ( $7,3 \pm 0,7$ ;  $5,7 \pm 1,8$ ;  $p < 0,01$ ) что, возможно, обусловлено тревожным и депрессивным типами отношения к своей болезни.

Исследование уровня адаптационных возможностей женщин с неспецифическим язвенным колитом, выявило низкий уровень адаптационных возможностей, в частности, наблюдается тенденция к низкому уровню нервно психической устойчивости ( $1,2 \pm 0,4$ ;  $4,7 \pm 0,3$ ;  $p < 0,01$ ), коммуникативных способностей ( $3,4 \pm 1,6$ ;  $4,5 \pm 0,5$ ;  $p < 0,01$ ) и моральной нормативности ( $4,4 \pm 0,6$ ;  $4,7 \pm 0,3$ ;  $p < 0,01$ ). Возможно, это обусловлено наивысшей степенью тревожности и ригидности, неспособностью контролировать своё поведение в стрессовых ситуациях, пассивным отношением к жизни, меланхолическим образом жизни.

Установлено, что женщины с неспецифическим язвенным колитом испытывают наибольшую степень тревожности в отличие от

условно здоровых женщин, что, возможно, обуславливается низким уровнем адаптационных способностей, наибольшей выраженностью агрессивности и враждебности как к самим себе, так и к окружающим.

При анализе психоэмоционального состояния у женщин с неспецифическим язвенным колитом было выявлено, что фрустрация имеет положительную взаимосвязь с тревожностью ( $r=0,451$ ;  $p < 0,05$ ), а также отрицательную взаимосвязь с обидой ( $r=-0,623$ ;  $p < 0,01$ ). Чем выше уровень фрустрации у женщин с НЯК, тем выше уровень тревожности и меньше проявлений обидчивости.

Агрессивность, как психическое состояние у женщин с НЯК имеет положительную взаимосвязь с физической агрессией ( $r=0,735$ ;  $p < 0,05$ ), подозрительностью ( $r=0,461$ ;  $p < 0,05$ ) косвенной агрессией ( $r=0,779$ ;  $p < 0,05$ ) и негативизмом ( $r=0,674$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, для женщин с неспецифическим язвенным колитом характерна взаимосвязь высокого уровня агрессивности как психического состояния с негативными эмоционально-личностными характеристиками: с негативизмом, физической агрессией, косвенной агрессией, чувством обиды и подозрительностью.

**Заключение.** Таким образом, для женщин с неспецифическим язвенным колитом характерны: повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость; взаимосвязь таких психических состояний как тревожность и агрессивность с негативными эмоционально-личностными характеристиками: с негативизмом, физической агрессией, косвенной агрессией, чувством обиды и подозрительностью.

Таким образом, психическое состояние у женщин с неспецифическим язвенным колитом взаимосвязано с негативными эмоционально-личностными характеристиками. Выявленные нарушения являются мишенями психокоррекции.

#### *Литература.*

1. Василенко В.Х. Справочник по гастроэнтерологии / под ред. В.Х. Василенко. – Москва, 1976.
2. Практикум по психологии состояний / под ред. проф. А.О. Прохорова и Г.Ш. Габдрева. – СПб: Изд-во Речь, 2004.
3. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника / Г.Н. Воробьёв, И.Л. Халив // Учебное пособие. – 2008.
4. Психосоматика. Справочник практического психолога / И. Малкина – Пых. – СПб: Изд-во: Эксмо, 2005.
5. Неспецифический язвенный колит: современные подходы к диагностике и лечению / С.Р. Абдулхаков, Р.А. Абдулхаков // Вестник современной клинической медицины: научная статья. – 2009. – Т. 2, № 1.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКО-  
ДЕТСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ  
В ДИАДЕ «МАТЬ – ДОЧЬ-ПОДРОСТОК,  
СТРАДАЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ»**

**Билецкая М.П., Шемет В.Е.**

*ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России,  
Санкт-Петербург*

В настоящее время в мире насчитывается около 300 млн. больных бронхиальной астмой (БА). В России распространенность среди детей также высока и достигает 12,1% [2]. Причем растет удельный вес тяжелых форм, в особенности среди молодого населения. Семейные взаимоотношения играют важную роль в этиологии бронхиальной астмы у детей и подростков. Дисфункциональные отношения, различные нарушения в процессе воспитания приводят к длительному психоэмоциональному напряжению в семье и способствуют возникновению и прогрессированию психосоматических расстройств у детей. Особенности семейного копинга у подростков с БА и их матерей определяют адаптивность материнско-детского взаимодействия в семейной системе [1, 3].

**С целью** изучить особенности взаимоотношений в диаде «мать-дочь, страдающая бронхиальной астмой», было исследовано 80 человек. Основную группу составили 20 диад «мать-дочь с БА»: 20 девочек 15-16 лет с атопической формой БА среднетяжелой степени тяжести и 20 их матерей. Контрольная группа – 20 диад «мать – условно здоровая дочь»: 20 условно здоровых (УЗ) девочек 15-16 лет и 20 их матерей. Все исследуемые семьи полные.

**Методы исследования.** *Психодиагностический метод:* опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса; методика «Родителей оценивают дети» И.А. Фурманова, А.А. Аладина; «Опросник родительского отношения» А.Я. Варга, В.В. Столина; опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» Е. Шафера, адаптированный 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, адаптированная М. Перре. *Статистический метод.*

**Результаты исследования.** При выявлении специфики типа семейного воспитания у матерей девочек с БА было установлено, что для них характерны такие особенности воспитания как 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 конфликтов между супругами

в сферу детско-родительских отношений ( $3,85 \pm 1,2$ ;  $1,75 \pm 0,23$ ;  $p < 0,1$ ). Также, в сравнении с показателями матерей УЗ девочек, 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 неразвитостью 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-подростки, страдающие БА, подтверждают такие особенности типа 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 ребенка ( $5,95 \pm 0,27$ ;  $4 \pm 0,71$ ) и вынесение конфликтов между супругами в сферу детско-родительских взаимоотношений ( $2,4 \pm 0,7$ ;  $0,45 \pm 0,01$ ;  $p < 0,1$ ).

В свою очередь, подтверждение уровня показателя «фобия утраты ребенка», в сочетании со сниженным уровнем проекции нежелательных качеств, может рассматриваться как вариант психологической защиты дочери с вытеснением конфликта.

Определение особенностей родительского отношения у матерей девочек с БА выявило 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 ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая ему строгие дисциплинарные рамки. Также отмечается настроенность матери на установление значительной психологической дистанции между собой и ребенком, 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 ребенка (маленький неудачник)» ( $16,35 \pm 1,12$ ;  $4,4 \pm 0,48$ ), являющимся выше среднего и граничащим с крайними проявлениями. Девочки с БА отмечают достаточно 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 ( $3,3 \pm 0,13$ ;  $-0,65 \pm 0,08$ ;  $p < 0,05$ ). Также стоит отметить сниженность показателя по шкале «фактор близости» ( $8,25 \pm 0,63$ ;  $11,8 \pm 0,41$ ), который напрямую связан с отсутствием настроенности матери на положительные симбиотические взаимоотношения с больной дочерью. Выявленные особенности родительского отношения свидетельствуют о дисфункциональном характере семейных взаимоотноше-

ний между девочкой с БА и её матерью и, таким образом, подтверждают данные методики «Анализ семейных взаимоотношений».

В дисфункциональных семьях за счет невысказанных отрицательных эмоций, блокирования потребностей членов семьи нарастают тревожность, вина и напряжение, которые вместе составляют уровень общей семейной тревоги. У матерей девочек-подростков с БА, выявлен высокий уровень семейной вины ( $5,35 \pm 0,81$ ;  $1,95 \pm 0,28$ ;  $p < 0,05$ ) и общей семейной тревоги ( $6,15 \pm 0,46$ ;  $4,15 \pm 0,17$ ;  $p < 0,01$ ), в т.ч., исходя из анализа средних значений, сравнительно 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 самих девочек с БА 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.

Исследование особенностей семейного копинга в семьях показало, что для матерей девочек с БА, в отличие от матерей УЗ девочек, характерны «разобшённый» уровень семейной сплочённости ( $26,83 \pm 1,78$ ;  $41,5 \pm 0,7$ ;  $p < 0,05$ ) и «хаотичный» уровень семейной адаптации ( $44,05 \pm 0,91$ ;  $29,55 \pm 0,48$ ;  $p < 0,1$ ). В свою очередь, для девочек-подростков с БА также характерны «разобшённый» уровень семейной сплочённости ( $28,75 \pm 0,81$ ;  $43,3 \pm 1,2$ ;  $p < 0,01$ ) и «хаотичный» уровень семейной адаптации ( $34,3 \pm 0,64$ ;  $26,8 \pm 0,86$ ;  $p < 0,05$ ). Исходя из «циркулярной модели» Д.Х.Олсона, в диадах «мать-дочь, страдающая бронхиальной астмой» выявляется «низко сбалансированный» тип семейной системы, с тенденцией к несбалансированности, что свидетельствует о неадаптивности семейного копинга и подтверждает дисфункциональность материнско-детских отношений.

При анализе взаимосвязей особенностей семейных взаимоотношений в диадах «мать-дочь с БА» было выявлено, что воспитательная неуверенность матери имеет положительную взаимосвязь с уровнем общей семейной тревоги ( $r = 0,873$ ;  $p < 0,01$ ) и вынесением конфликта между супругами в сферу детско-родительских взаимоотношений ( $r = 0,726$ ;  $p < 0,01$ ), как материнскими показателями, а также неустойчивостью стиля воспитания ( $r = 0,763$ ;  $p < 0,01$ ), ощущением непоследовательности матери ( $r = 0,875$ ;  $p < 0,01$ ), как показателями дочери. Показатель вынесения конфликта между супругами в сферу детско-родительских взаимоотношений положительно взаимосвязан с материнским показателем се-

мейной вины ( $r = 0,816$ ;  $p < 0,05$ ). Следовательно, чем сильнее проявляется воспитательная неуверенность матери, тем выше уровень общей семейной тревоги и тем ярче проявляется вынесение конфликтных ситуаций между супругами в сферу детско-родительских взаимоотношений, что в свою очередь усиливает ощущение ею семейной вины. Соответственно, рост воспитательной неуверенности матери ощущается дочерью как неустойчивость привычного стиля воспитания и материнская непоследовательность в рамках детско-родительского взаимодействия.

Авторитарная гиперсоциализация имеет положительную взаимосвязь с чрезмерностью обязанностей подростка ( $r = 0,789$ ;  $p < 0,01$ ) и отношением к его неудачам ( $r = 0,773$ ;  $p < 0,01$ ), как материнскими показателями. Также авторитарная гиперсоциализация положительно взаимосвязана с директивностью ( $r = 0,868$ ;  $p < 0,01$ ), как показателем дочери, которая имеет положительную взаимосвязь с таким её показателем, как чрезмерность требований и запретов ( $r = 0,805$ ;  $p < 0,01$ ). Следовательно, чем сильнее проявляется материнский авторитаризм в отношении дочери, тем больше обязанностей у неё появляется и острее воспринимаются любые её неудачи. Одновременно с этим, дочь ярче ощущает директивность матери в рамках детско-родительского взаимодействия и чрезмерность требований и запретов, что воспринимается ею, как доминирование матери.

**Заключение.** Таким образом, взаимодействие в диаде «мать-дочь с БА» является дисфункциональным и характеризует особенности семейной дисфункции в семейной системе. Наличие патологизирующих особенностей типа семейного воспитания, которые зачастую характерны для эмоционального отвержения в сфере детско-родительских взаимоотношений, характеризующие его неустойчивым и непостоянным, в сочетании с воспитательной неуверенностью матери, высокий уровень семейной вины и общей семейной тревоги со стороны матерей, неадаптивность семейного копинга в целом являются мишенями семейной психотерапии.

#### *Литература.*

1. Адаптационный потенциал членов семей детей с бронхиальной астмой / М.П. Билецкая, М.И. Бурлакова // Ученые записки. – 2011. - Т. 18, № 4. – С. 23-25.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / под ред. А.С. Белевского – М.: Российское респираторное общество, 2012.
3. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма: новые перспективы в терапии [Электронный ресурс]// Казанский мед.ж. 2011. №5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/bronhialnaya-astma-novye-perspektivy-v-terapii> (дата обращения: 8.05.2014).

## ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗНОГО УРОВНЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Булгакова О.С.

*Научно-практический центр «Психосоматическая нормализация»,  
Санкт-Петербург*

Данная экспериментальная работа была посвящена проблеме диагностики дезадаптации детей школьного возраста и связи социальной адаптации с физиологическими параметрами организма.

Необходимо отметить, что дезадаптация не бывает только на одном уровне организации личности, она затрагивает все – и физиологическую составляющую, то есть наше тело, и психофизиологическую, то есть конкретно нервную систему, и психологическую, и поведенческую, и социальную. Так же априори необходимо отметить достаточно важную вещь – все уровни организации сразу в той или иной степени испытывают дезадаптационные изменения (Ильин, 2005; Попова, 2009; Булгакова, 2012).

Поэтому медикам необходимо понимать, что дезадаптационные сдвиги на физиологическом уровне напрямую коррелируют с существующими проблемами социальной дезадаптации (Булгакова, 2014).

В данном исследовании добровольно приняли участие 10 подростков, обоего пола, 12-17 лет (средний возраст 15,2 года), с различными хроническими психосоматическими патологиями вследствие воздействия длительного стресса. Всем были поставлены диагнозы: невротические изменения различной степени тяжести, вегетососудистая дистония, дисфункции желудочно-кишечного тракта (гастрит, дискинезия желчевыводящих протоков).

Со слов добровольцев, за время проведения исследования и коррекционных сеансов установленный режим соблюдался, остро стрессорного воздействия не наблюдалось, хронические заболевания не обострялись, новые лекарственные препараты не применялись, образ жизни не менялся, острые простудные и воспалительные заболевания у детей не были зарегистрированы.

Коррекционные сеансы проводились на базе компьютерного комплекса «Кардиосигнализатор», программы «Кардио-2», фирмы «Биосвязь» (Россия), состоящего из персонального компьютера, преобразователя кардиосигналов и программного обеспечения. ФБУОС широко известен и способствует снижению избыточной функциональной

активности коры головного мозга, нормализации вегетативного баланса, восстановления кардиореспираторной синхронизации. Этот метод применяется для выработки навыков саморегуляции висцеральных функций, повышения способности организма человека к адаптации и нормализации собственного состояния (Сметанкин, 2001).

### Методы исследования:

1. Анализ амбулаторных карт.
2. Клинический анализ крови (Вейн, 1981).
3. Тест Т. Лири «Диагностика межличностных отношений» (Методики обследования..., 2003).
4. Тест Спилберга-Ханина «Определение реактивной и личностной тревожности» (Методики обследования..., 2003).
5. Тест Э. Берна «Определение ролевых позиций» (Методики обследования..., 2003).
6. Тест К. Томаса «Исследование особенностей реагирования в конфликтной ситуации» (Методики обследования..., 2003).

**Результаты проведенного исследования следующие.** При заборе клинического анализа крови наблюдалась картина вегетативного дисбаланса, при котором количество форменных элементов крови приближалось к границам референтных интервалов нормы. Исследование фонового анализа крови показало, что на физиологическом уровне наблюдается напряжение регуляторных функций, что является прямым доказательством протекания дезадаптационных процессов, при которых организм с трудом справляется с неблагоприятными факторами внешней среды.

После проведения сеансов биоуправления достоверно изменился морфологический состав крови. Количество форменных элементов приблизилось к среднему арифметическому, количество гемоглобина понизилось. Это говорит о возникшем равновесии симпатического и парасимпатического отделов нервной системы.

Если говорить о социо-поведенческих характеристиках, то у всей выборки в фоне отмечались проблемы с взаимопониманием в классе, повышенная агрессивность или наоборот конформность при более тесных вербальных контактах, пониженная успеваемость, проблемы с коммуникативностью, завышенная или пониженная самооценка, повышенная тревожность.

Мы это расцениваем, как формирование защит на социальном уровне организации личности, когда личность находится в окружающей среде, которая расценивается ею как неблагоприятная, и при приеме из этой окружающей среды информация искажается и выдается ответ, мало соответствующий ожидаемой норме.

После проведения коррекционных сеансов улучшились показатели тестов на определение самооценки учащегося ( $37,7 \pm 3,7\%$  и  $69,2 \pm 4,1\%$  соответственно), уменьшились проблемы с коммуникативным взаимодействием ( $\uparrow$  ВДР по Э. Берну), понизилась агрессивность ( $\uparrow$  «сотрудничество»). Уровень конформности остался прежним. Уровень тревоги понизился ( $69,3 \pm 1,9$  баллов и  $34,1 \pm 2,1$  балла соответственно).

Таблица.

Показатели общего клинического анализа крови 10 подростков до и после серии сеансов биоуправления

№	Возраст /лет/, пол	СБ	Лейкоци- ты, 1/мкл /		П/я, % /		С/я, % /		Лимфоци- ты, % /		Эозино- филы, % /		Гемогло- бин, / г/л /	
			I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
1	12 м	7	7.3	7.1	4	4	52	54	34	27	4	4	162	141
2	12 ж	15	10.4	7.4	1	3	49	51	40	40	2	2	126	121
3	17 ж	10	4.3	5.9	5	4	50	56	39	31	1	2	137	130
4	17 ж	12	6.9	6.7	2	3	61	60	37	34	4	3	161	146
5	16 ж	7	5.2	5.4	1	3	58	58	33	31	5	3	130	124
6	16 ж	8	7.5	7.0	2	3	50	56	41	34	3	3	127	124
7	13 ж	7	5.9	7.1	4	3	48	63	-	24	-	1	133	138
8	17 ж	15	7.5	6.3	2	3	63	60	30	30	1	1	126	124
9	15 м	15	5.9	6.3	4	3	48	54	24	26	1	2	133	125
10	17 ж	10	4.3	4.8	1	1	48	64	24	26	1	1	133	120

Обозначения: СБ – количество сеансов биоуправления; I – количество клеточных элементов до прохождения цикла ФБУОС; II – количество клеточных элементов после прохождения цикла ФБУОС; П/я – палочко-ядерные нейтрофилы; С/я – сегментоядерные нейтрофилы.

Таким образом, изучение клинического анализа крови учащегося дает нам возможность увидеть начинающийся, еще может быть не ярко выраженный, демонстрационно скрытый, срыв в работе адаптационных механизмов защиты, которые формируют клиническую картину психосоматических нарушений в том числе. А увидев это – предложить врачу и психологу школы начать коррекционную работу.

Литература:

1. Булгакова О.С. Адаптивные изменения различных уровней организации личности. СПб.: НПЦ ПСН. 2012. 113с.

2. Булгакова О.С. Психология стресса. Учебно-методическое пособие для ВУЗов. СПб.: НПЦ ПСН. 2014. 86с.
3. Вейн А.М. и др. Вегето-сосудистая дистония. Москва: Медицина. 1981. 320с.
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб.: Питер. 2005. 412с.
5. Попова Т.В. и др. Психофизиология безопасности. Челябинск: ЮУрГУ. 2009. 77с.
6. Сметанкин А.А. Здоровье без лекарств. Биологическая обратная связь. СПб.: «РА БОС». 2001. 68с.
7. Методики обследования для психологического консультирования / Учебное пособие под редакцией И.И. Цыганка. СПб.: ВМедА. 2003. 132с.

## НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К СОБСТВЕННОМУ ТЕЛУ У ДЕВУШЕК КАК ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Бызова В.М., Перикова Е.И.

СПбГУ, факультет психологии, кафедра общей психологии,  
Санкт-Петербург

Отношение к собственному телу – значимый аспект отношения к себе. В психологии личности понятие «телесность» позволяет увидеть его в телесно – душевно – духовном единстве, исследовать телесность личности как субъект и объект самоотношения (5). Актуальность исследования обусловлена значимостью психосоматического здоровья современной молодежи. В настоящее время озабоченность и недовольство собственным телом достигло высокой степени и стало широко распространенным явлением среди молодежи. Недовольство своим телом может достигать степени телесного стыда, что может быть частью переживания стыда за самого себя, за свое несовершенство. Идея совершенного женского тела стала одной из сильнейших по воздействию на личность и способна порождать внутренние конфликты, особенно в подростковом возрасте. «Современная культура – телесно ориентированная культура... возросло внимание к телесной сфере... концепт тело приобрел многогранное семантическое поле». В современном мире отношение к себе в аспекте телесности проявляется не только в усилении телесного самовыражения, но и в низком уровне заботы о физическом благополучии, в возрастании частоты психосоматических расстройств

и психосексуальных дисфункций. Представления о психологии телесности в целом не нашли должного научного осмысления, отличаются фрагментарностью и неполнотой. Неудовлетворенность и стремление к совершенствованию собственного тела ставят задачи изучения современных устойчивых типов и индивидуальных форм отношения к себе в аспекте телесности. Е.Б. Станковской разработан теоретико – методический подход к изучению субъективной связи женщины с собственным телом, причем ключевой категорией выступает «отношение к себе в аспекте телесности». Автором эмпирически обоснована психологическая структура отношения к собственной телесности, а также разработана авторская рефлексивная методика «Мое отношение к своему телу» (2010). Автором выделены интегральные характеристики отношения («отчужденное», «контролирующее» и «бережно-развивающее» отношение), а также выраженность его конфликтности – неконфликтности и осознанности – неосознанности. Отчужденное отношение включает характеристики: низкая субъективная значимость и отсутствие интереса к телу, выраженность отрицательных эмоций, чувствительность к негативным телесным ощущениям. Контролирующее отношение отличается умирением телесных порывов, преобладанием негативных эмоций. Бережно-развивающее отношение характеризуется высокой субъективной значимостью тела, интенсивными позитивными переживаниями и ощущениями, разнообразными практиками заботы и ухода за своим телом. В литературе подчеркивается, что при построении индивидуального отношения к телу женщина во многом ориентируется не на самоощущения, а на свои представления, из СМИ. В эмоциональном плане такой стиль отношения к собственному телу порождает недовольство, стыд, тревогу, чувство вины. Следует признать, что недовольство собственным телом – это распространенная характеристика современного отношения к себе. Большинство женщин испытывает неудовлетворенность своей телесной сферой в целом или отдельными ее аспектами от легкого недовольства до выраженных страданий. В любом случае речь идет об отчуждении и недостаточном принятии себя (5).

В связи с вышеизложенным, **цель нашего исследования** заключалась в выявлении показателей негативного отношения к своему телу и признаков проявления психосоматических нарушений в выборке девушек. В качестве задач исследования были следующие: определение типов отношения к собственному телу; выявление самооценки собственной телесности; роль возрастного аспекта в формировании психосоматических расстройств в связи с показателями телесного негативизма.

**Методики исследования.** Опросник Станковской Е.Б. «Мое отношение к своему телу», направленный на стимулирование самоисследования и рефлексии личности. Клинико-психологическая беседа. Качественный и количественный анализ данных опросов. Опросник Е.Б. Станковской разработан на основе интегрального теоретического контекста психологической структуры отношения женщины к себе в аспекте проблематизации телесности.

**Процедура исследования.** Прежде всего, предлагалось респондентам заполнить опросник Е.Б. Станковской со следующей инструкцией: «Как женщина/мужчина может относиться к своему телу и охарактеризовать себя по 35 пунктам, используя четыре измерения оценки: «это хорошо или плохо»; «это свойственно или не свойственно мне»; «хочу ли я развивать в себе это?» и «нравится ли мне имеющееся у меня отношение?». После этого предлагался опросник Л.Б. Шнейдера с инструкцией: «Прочитайте и подчеркните среди слов ассоциативного ряда те слова, которые на Ваш взгляд имеют отношение к Вам и Вашей повседневной жизни».

**Выборка.** В исследовании приняли участие студентки-психологи 112 девушек, студентки-биологи 42 девушки в возрасте 18-20 лет (средний возраст – 18,5 лет), а также слушатели профессиональной переподготовки: 45 женщин в возрасте 20-40 лет (средний возраст – 32,5 года). Все респонденты не имели выраженной соматической или психической патологии.

**Результаты исследования.** В общей выборке опрошенных девушек выявлены следующие типы отношения к телу: контролирующее (32% опрошенных); бережное со стремлением к развивающему (36%) и отчужденное отношение (32%). Обращают на себя внимание телесные ощущения и психические состояния: жалобы на физическую усталость (68% респонденток) и чувство тяжести в теле (26%); наличие проблем с сердцем и нервной системой (60%); жалобы на боли в разных участках тела (52%); состояние отчаяния (28%); переживание чувства ненависти (18%) и злобы (14%).

Телесный негативизм проявился, прежде всего, в двух типах отношений: отчужденном и контролирующем, что выражалось в переживании чувства стыда в отношении своего тела: в выборке студенток-психологов 20% девушек, а среди студенток-биологов – 64%, однако большинство из них (80%) оценивало подобное отношение как свой недостаток; стыдились своей сексуальности и интимных проявлений своего тела 14% студенток – психологов и 57% студенток – биологов. В общей выборке девушек большинство (80%) относились к своим телесным проявлениям «плохо»: стыдились своего аппетита (12% психологов и 50% биологов).



Девушки с выраженным чувством стыда описывали следующие телесные состояния, ощущения и проблемы: 1) чувствовали физическую усталость (45%); 2) испытывали боль в разных участках тела, в частности, боль в сердце (34%); 3) ощущали тяжесть в теле (14%); 4) подчеркивали проблемы в сексуальных отношениях (20%); 5) указывали на проблемы с «нервами» (40%); испытывали чувство отчаяния (20%), злобу и ненависть (10% среди психологов и 20% среди биологов).

В выборке психологов 12% и в выборке биологов 50% девушек отвергали свое тело, потому что, по их мнению, оно не соответствовало определенным стандартам, было не идеально, причем все опрошенные понимали негативность для себя подобных представлений. Среди психологов 12% девушек, а среди биологов 52% старались не замечать свое тело до тех пор, пока оно болью не напоминало о себе. Следует подчеркнуть, что 18% будущих психологов и 52% биологов вообще не обращали на тело внимания, так как, согласно их представлению, тело «знает само, что хочет, а здоровье – это естественное состояние, которое не нужно специально поддерживать».

Следует отметить, что 4% студенток-психологов и 30% студенток-биологов воспринимали свое тело как источник страданий. В этих выборках были жалобы на физическую усталость, повышенную утомляемость (25%), проблемы с «нервами» (20%) и сексуальной сферой (12%), боли в разных участках тела (20%), в том числе в сердце (14%); переживание отчаяния (14%), чувство злобы и ненависти (15%).

В выборке отвергавших и не замечавших свое тело выявлены следующие психосоматические особенности: 1) состояние периодической выраженной физической усталости (30% респонденток); 2) ощущение боли в разных участках тела, в частности, боль в сердце (30%); 3) проблемы с «нервами» (33%).

20% студентов-психологов и 54% студентов-биологов воспринимали заботу о здоровье как обязанность и как неприятную нагрузку, причем оценивали это как свой недостаток. Эти респондентки подчеркивали у себя следующие особенности: повышенную утомляемость и усталость (30%); психосоматические проблемы с сердцем (30%) и нервной системой (36%); испытываемые боли в разных участках тела (30%).

26% студентов-психологов и 76% студентов-биологов отмечали, что пристально следят за своим физическим самочувствием и оценивают это как свое достоинство. Причиной этому служили следующие факторы: проблемы с сердцем (50%) и нервной системой (42%); переживание болей разного характера (30%) и повышенная утомляемость (45%). Полученные показатели свидетельствуют о тенденции к игнорированию своей телесности, прежде всего, будущими психологами.

Обращает на себя внимание более благополучное отношение к своему телу у студентов-психологов, по сравнению с биологами, что, возможно, обусловлено, с одной стороны, большей информированностью о физических и психологических аспектах телесности, а, с другой стороны, выраженным игнорированием психосоматических проявлений.

В выборке женщин в возрасте 20-40 лет (средний возраст – 32 года) выявлены следующие типы отношения к телу: отчужденное (59%); бережное отношение со стремлением к развивающему (25%); контролирующее отношение (16%). В случаях отчужденного отношения респонденткам было свойственно стыдиться своего тела и своего аппетита, отвергать тело в связи с тем, что оно не соответствовало социокультурным стандартам и образцам. Женщины видели в своем теле источник страданий, недомоганий и стремились не замечать своего тела до тех пор, пока оно болью не напоминало о себе. Контролирующее отношение женщин к телу сопровождалось также негативными переживаниями в связи с тем, что они постоянно беспокоились и подчеркивали свои телесные недостатки.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы. Телесный негативизм в выборках девушек и женщин проявился в показателях низкой субъективной значимости собственного тела, сопровождаемой отрицательными эмоциями, недомоганиями, страданиями.

В выборке девушек, по сравнению с выборкой женщин, представлены в равной мере все типы отношения к телу: бережное, контролирующее и отчужденное отношение. С возрастом отмечается выраженная тенденция недовольства своим телом. В выборке женщин, по сравнению с выборкой девушек, преобладает отчужденное отношение к телу, продиктованное несоответствием принятым социокультурным стандартам.

Практическая значимость исследования состоит в том, что выявленные особенности телесного негативизма и его психосоматических проявлениях могут быть использованы в психологическом консультировании для оказания эффективной помощи девушкам и женщинам, испытывающим трудности в отношении к себе в аспекте телесности.

*Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект №13-06-00131а*

#### *Литература:*

1. Бызова В.М. Представления молодежи о своей телесности и здоровье //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Санкт-Петербург, 2012. С. 72-76.
2. Бызова В.М., Зиновьева Е.В. Психосоматика: психологический подход: Учеб. пособие. – Спб.: СПбГУ, 2013. - 36 с.

3. Николаева В.В., Арина Г.А. Концепция психологии телесности: принципы системного подхода и прикладные аспекты // Психосоматические расстройства: системный подход. Курск, 2001. С. 19-22.
4. Соколова Е.Т. Исследование образа тела в зарубежной психологии // Вестник МГУ. 1985. № 4. С. 39-49.
5. Станковская Е.Б. Структура и типы отношения женщины к себе в аспекте телесности. Диссертация на соиск...канд. психол. наук. М., 2010.

### **КОНЦЕПЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ (К ПРОБЛЕМЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЙ)**

**Вассерман Л.И., Дубинина Е.А., Рюмин А.В.**

*СПбГУ, ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева,  
РГПУ им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург,*

*Таллинский центр психотерапии «Itago», г. Таллин, Эстония*

В проблеме диспансеризации населения, которая для врачей общей практики является трудно реализуемой по многим организационным и технологическим причинам, выделяется направление — мониторинг за состоянием здоровья контингента лиц с напряженной, стрессогенной профессиональной деятельностью, подчас с риском для здоровья и жизни. В этом случае «диспансеризация», как правило, проводится неукоснительно, весьма тщательно. Примером являются медико-психофизиологические экспертные комиссии для профотбора и оценки профпригодности по критериям здоровья к военно-профессиональной деятельности в системе МЧС, спорте высоких достижений и многих других сферах, специфика которых связана с риском нарушения физического и психического здоровья вследствие влияния хронического стресса (4, 9, 16).

В специальной литературе выделяется понятие «антропоэкологический» подход к оценке профессионального здоровья, который является синтетическим, междисциплинарным, объединяющим методологии и методы исследования медико-биологического и психологического характера. В последнем случае речь идет о социальной психологии здоровья, психологии экстремальных и кризисных состояний, психологии профессиональной деформации личности, медицинской психодиагностике и других развивающихся направлениях психологии профессиональной деятельности. (4, 7, 9, 10, 13, 16). Профессиональное здоровье является обобщенной характеристикой профессиональной группы или популяции,

объединенной условиями профессиональной деятельности во всей сложности взаимодействия субъектов этой деятельности, адаптивных возможностей с социально-средовыми факторами (7, 9, 10).

Концепция профессионального здоровья, в своей сущности, является важной составной частью первичной профилактики и психогигиены — существенных направлений медицинской психологии, которые В.Н. Мясищев и Б.Г. Ананьев рассматривали в качестве важных задач прикладной психологии. (8). Основными задачами здесь являются: эффективное решение задач профессионального отбора на основе критериев здоровья в целом и психического здоровья в частности, организация и методическое обеспечение диспансеризации, обеспечение безопасности профессиональной деятельности за счет учета личностных факторов субъектов деятельности, их физического и психического здоровья, устойчивости к стрессовым воздействиям потенциально патогенных профессиональных и социально-средовых факторов. Особое внимание требуется обращать к личностным и социальным ресурсам, адаптивным возможностям субъектов деятельности (8), их мотивации, индивидуальной ценности здоровья, системе значимых отношений и ценностного сознания. Все сказанное позволяет считать теоретической основой первичной психопрофилактики биопсихосоциальный подход, а концепцию адаптации — методологией комплексных исследований. (5, 6, 9, 17). Проблема стрессоустойчивости, как известно, решается на системной основе (5). Расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10) интерпретируются с позиций дистресса, при котором эмоционально-аффективные расстройства, возникающие в период преодоления фрустрирующих обстоятельств в процессе профессиональной деятельности, часто являются предикторами предболезненных нервно-психических или психосоматических расстройств (3, 7, 11, 18). Их квалификация при диспансеризации затруднительна, поскольку речь идет о донозологической диагностике (3, 19). Они проявляются в слабо структурированном сомато-вегетативном дискомфорте, эмоциональной нестабильности, раздражительности, тревожных, тревожно-субдепрессивных и астенических симптомах, в общем снижении настроения и работоспособности, а, как следствие, — снижении чувства ответственности и эффективности профессиональной деятельности. Особенно важно обращать на это внимание в связи со спецификой труда (4).

При проведении психопрофилактических скрининговых исследований (мониторинга здоровья) контингента риска (как правило, однородного в профессиональном плане) клиническая и инструментальная диагностика должна быть дополнена результатами целенаправленной психодиагностики с помощью адекватных тестовых методик, включая их компьютерные варианты для создания «бланка данных» или компью-

терной «карты здоровья» (8, 9). Реализация при диспансеризации естественно-научного (медицинского) и психологического (гуманистического, по сути) подходов, позволяет, как правило, раскрыть или уточнить психогенез, раскрыть инициальные механизмы запуска невротических, неврозоподобных или психосоматических расстройств, рассматриваемых в разделе F4 по МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». При этом самое существенное значение имеет диагностика индивидуальной психологической уязвимости личности к действию фрустрирующих или более дезадаптирующих, стрессогенных факторов на фоне реальной социально-средовой ситуации и отношения к этим факторам субъекта деятельности. Здесь следует учитывать и феномен адаптированности или адаптивные «пороги» (субсиндромы стресса) (15, 17), фазы, так называемой, «срочной» адаптации, фазы дезадаптации как условной функциональной недостаточности в медико-психологическом аспекте (2, 9). Психическая дезадаптация (6) понимается нами как целостная (биопсихосоциальная), самоуправляемая, многомерная и иерархически организованная система, направленная на поддержание устойчивости и эффективного взаимодействия индивида с окружающей средой и динамического равновесия в отношении к самому себе.

Понимание психической адаптации как функциональной системы и исходя из общей теории систем применительно к психологии и медицине, позволяет утверждать, что нарушения адаптации (дезадаптация) также происходят по системным механизмам. Расстройство ФС происходит в разных ее компонентах и «прорыв» адаптационного барьера при экстремальных ситуациях и кризисных (устойчивых и эмоционально насыщенных) конфликтных ситуациях, угрожающих субъектам деятельности, может происходить на разных уровнях: вегетативно-висцеральном, когнитивно-аффективном, мотивационном и на социально-потребностном. Но это только звенья в общей системе приспособительных механизмов. Если компенсаторные, совладающие со стрессом и защитные механизмы не «защищают» личность (субъекта деятельности), ситуация остается потенциально угрожающей, и риск психогенной дезадаптации в форме пограничных нервно-психических или психосоматических расстройств становится реальным (3, 7, 9). К этому следует добавить и риск саморазрушающего поведения. Подчеркнем еще раз, что психогенная дезадаптация, в том числе по психосоматическому типу, — динамический процесс, континуум «здоровье (полная адаптация) — «напряжения» адаптивных механизмов (в границах практического здоровья) — парциальная дезадаптация (предболезнь) — пограничные нервно-психические и психосоматические расстройства — «тотальная» дезадаптация (F43.2 по МКБ-10). В последнем случае речь идет, понятно, о клинических проявлениях,

подлежащих комплексной диагностике и соответствующей коррекции. Механизмы таких расстройств в значительной мере носят психогенный характер, существенную роль также играют психосоциальные факторы или социально-стрессовые обстоятельства (1-3, 9).

Исследования последних лет показывают, что связующим звеном между внутренними условиями (личность субъекта деятельности) и внешними (психосоциальными) факторами, определяющими риск психической дезадаптации, в частности, у лиц с напряженной профессиональной деятельностью, может являться феномен социальной фрустрированности (СФ) (8, 9). СФ рассматривается с психосоциальных позиций как один из механизмов блокирования актуальных потребностей и /или достижений, в том числе и в сфере профессиональной деятельности.

Для исследования «удовлетворенности — неудовлетворенности» различными психосоциальными переменными в жизнедеятельности нами (8) разработана и широко апробирована специальная методика «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ). Полученные результаты применения шкалы УСФ позволяют согласиться с Ф.Б. Березиным (1988) в том, что преодоление фрустрированности и связанной с ней тревоги может осложняться низкой мотивированностью и устойчивостью волевого поведения, а также снижением уровня поисковой активности личности при наличии определенных личностно-типологических свойств, например, тревожности, эмоциональной и поведенческой ригидности, неконструктивных форм совладающего поведения и механизмов психологической защиты. Говоря о социальной фрустрированности, следует подчеркнуть, что у каждой личности в процессе социогенеза формируется собственная система отношений (по В.Н. Мясищеву), «шкала» жизненных целей и ценностей, а также представления о самоактуализации и самореализации, в том числе и в профессиональном плане. Поэтому СФ, отражая актуальную социально-средовую ситуацию, является одновременно ее следствием. Она носит безусловно личностный характер и позволяет оценивать личностные смыслы ситуации применительно к проблеме здоровья вообще и своего здоровья в особенности (11). Это может иметь решающее значение при принятии решений в различных экстремальных, кризисных, проблемных для здоровья, ситуациях, опираясь на ее когнитивную оценку и адекватную эмоциональную регуляцию поведения. Добавим, что динамика интра- и интерпсихических конфликтов, неизбежно возникающих при напряженной (стрессогенной) профессиональной деятельности не всегда полностью осознается субъектами деятельности, особенно при готовности к осознанному риску нарушения здоровья. Это обстоятельство следует учитывать при психологической помощи и в системе психопрофилактики и

лечения (14, 20). Одним из облигатных психических феноменов острого и хронического стресса является тревога, особенно при наличии типологически обусловленной тревожности. Тревога выполняет как защитную (мобилизирующую) функцию, так и дестабилизирующую, запускающую патогенные механизмы личностного реагирования на стресс-факторы. При их выраженности и интенсивности, которые превышают, условно говоря, «пороги» адаптированности для субъекта напряженной профессиональной деятельности, активизируются защитно-компенсаторные механизмы, помогающие преодолеть неопределенные по степени угрозы ситуации. Если когнитивно обусловленные механизмы совладающего поведения неконструктивны, а неосознаваемые механизмы защиты «я» оказываются заблокированными, резко повышаются риски психической дезадаптации, в том числе в виде психосоматических и соматоформных расстройств (F4 по МКБ-10), которые носят системный характер. В этом случае речь уже может идти о психосоматических или соматопсихических соотношениях как клинических феноменах. Коррекция таких расстройств — задача применения современных форм психотерапии (14, 20), а оценка ее эффективности, прогноза вторичной психопрофилактики (профилактики рецидивов) — задача медико-психологическая (8), точнее, задача целенаправленной медицинской психодиагностики.

#### *Литература.*

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основные теории, диагностика, терапия. СПб, «Речь». 2004
2. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1992, №2, с.5-10.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психогенные расстройства. М., 2000.
4. Безносков С.П. Профессиональная деформация личности. СПб, 2004.
5. Березин Ф.Б. Психогенная и психофизиологическая адаптация человека. Л., «Наука». 1988.
6. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 3, с. 16-25
7. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1997.
8. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. СПб, «Академия». 2003

9. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом. СПб., «Речь». 2010.
10. Вассерман Л.И., Шамрей В.К., Новожилова М.Ю. Психосоциальные факторы как предикторы нарушений психической адаптации у лиц, занятых стрессогенной профессиональной деятельностью. Сибирский психологический журнал. 2008. № 29. С. 47 — 52.
11. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: Научно-практическое руководство. СПб, «Речь». 2011.
12. Вилянский М.П., Кибрик Б.С., Чумаков А.А. Скрининг в массовых профилактических осмотрах. М., «Медицина». 1987.
13. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб, 1999.
14. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. СПб., «Питер». 2000.
15. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., «Наука». 1983.
16. Комаров К.Э. Психологическая подготовка к действиям в условиях повышенного риска: Учебно-методическое пособие. М., 2002.
17. Меерзон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М., «Наука». 1981.
18. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л., 1983.
19. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л., 1987.
20. Ташлыков В.А. Психологическая коррекция и психотерапия в соматической клинике // Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб, 2011.

## **НОЗОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ В КЛИНИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Винокур В.А.**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
кафедра психотерапии и сексологии, Санкт-Петербург*

Нозогениями называют психогенные реакции, возникающие при осознании человеком факта и субъективного значения присутствующей у него соматической патологии и связанной с нею угрозы его жизни или существенного снижения ее качества. В рассмотрении этих расстройств выделяют 2 уровня их анализа: синдромальный, к которому относят депрессивные, ипохондрические, тревожно-фобические и другие синдромы, и мета-синдромальный, связанный с нарушением телесного самоосознавания, определяющего внутреннюю картину болезни и тип отношения к ней (В.И. Маколкин и соавт., 1995). В общей врачебной

практике эти состояния встречаются с частотой от 15 до 90% всех больных. При этом показано существование двух относительно независимых векторов, характеризующие полярные точки (позиции) в восприятии пациентами своей соматической болезни. Одна из них отражает субъективную значимость переживания телесного неблагополучия (чаще всего как гипернозогнозию), вторая – степень оформленности целостной внутренней картины болезни как психологического образования. Общее представление об эпидемиологических характеристиках нозогений, которые рассматриваются как психопатологически завершённые психогенные расстройства, проявляющиеся в связи с соматическим заболеванием, можно описать, исходя из данных о распространённости отдельных психопатологических синдромов в соматической практике, прежде всего – депрессий и расстройств адаптации (А.Б. Смулевич и соавт., 1994; А.В. Андрущенко и соавт, 2010). Исследование КОМПАС, проведенное в России в 2003-2004 гг., показало, что 34,9% пациентов соматической сети лечебных учреждений прямо связывают ухудшение своего психического состояния с соматическим заболеванием. Среди расстройств депрессивного спектра у этих больных отмечаются и те психические реакции, которые обусловлены психогенным (психотравмирующим) воздействием соматической патологии. В структуре нозогений описываются различные психические реакции, в частности, депрессивные реакции, протекающие с патологически дезадаптивным отношением к болезни и нередко выраженным аутоагрессивным поведением (R.Druss, 1995). Объектом таких отношения к болезни в этих случаях является не сама соматическая болезнь, а условия жизни и ситуации, способствующие ухудшению в самочувствии и возрастанию тревожно-ипохондрических реакций, вследствие чего начинают активно проявляться конверсионные или соматизированные расстройства с гипертрофированной оценкой степени угрозы, связанной с болезнью, ее неблагоприятным исходом и пессимистическим прогнозом на выздоровление или улучшение состояния.

Одним из наиболее частых вариантов нозогений, наряду с невротическим и патохарактерологическим, являются нозогенные депрессии, которые возникают как реакции у больных соматическими заболеваниями и которые обусловлены рядом психологических, прежде всего – личностных, социальных и биологических факторов, а также объективных критериев соматического заболевания. Оно может воздействовать на психическую сферу непосредственно, через семантическое значение диагноза и субъективную значимость соматического страдания, и опосредованно, через объективную тяжесть соматической патологии и ее влияния на ограничения в привычной жизни. Среди но-

зогенных депрессий выделяют их кратковременный вариант с продолжительностью течения до 2 месяцев и имеющих обратное развитие по мере редукции тяжести течения соматического заболевания и восстановления социальной адаптации, и затяжные нозогенные депрессии, формирующихся на фоне тяжелого соматического заболевания и имеющих продолжительность течения 6-12 месяцев. Такие затяжные нозогении проявляются более выраженными аффективными расстройствами с присоединением ипохондрической симптоматики, идеями виновности, физической неполноценности и беспомощности перед заболеванием, конверсионной и соматоформной симптоматики, обрывом многих существовавших до этого социальных связей и отношений. На первый план в клинической картине в этих расстройствах выступают витальные расстройства (тоска, апатия, изменение суточного ритма настроения и сна, снижение аппетита, астения).

Возможность манифестации нозогенных реакций, прежде всего депрессивных, возрастает при расстройствах личности. Доля пациентов с конституциональными психопатическими аномалиями среди больных с нозогениями (60,4%) в 2 раза превышает тот же показатель у остальных обследованных пациентов соматических стационаров (30,3%). В исследовании М.Ю. Дробжижева (2000), выполненном на большой выборке пациентов крупной многопрофильной больницы, выявлено 28,2% больных с нозогенными реакциями. Основная доля этих психогенных нарушений проявляла себя в связи с ИБС (18,7%), бронхиальной астмой (22,2%) и артериальной гипертензией (25,0%). При этом у больных соматических стационаров преобладают гипернозогностические аффективные реакции.

Во многих работах, освещающих проблему депрессий в общей медицине, показана не только их более высокая, чем в населении, распространённость, но и значимость для формирования, течения и прогноза ряда соматических заболеваний. Так, если в общей медицинской практике средние показатели распространённости клинически выраженных депрессий составляют 1,6-8,9% и близки к популяционным значениям (4-7%), то при коморбидности аффективного расстройства с неблагоприятно протекающим соматическим заболеванием значение этого показателя повышается до 14,3-24%. При этом подчеркивается, что распространённость депрессий с учетом фактора тяжести заболевания, потребности в повторных госпитализациях в соматические стационары увеличивается до 19-33%. Следует отметить, что при наличии у больных нозогенных депрессивных расстройств существенно затруднен процесс коммуникации с ними и это снижает уровень комплайенса и терапевтического сотрудничества, являющегося критически важным в диагностике и терапии заболеваний, имеющих психосоматические механизмы развития и осложнений.

В настоящее время исследуются и активно обсуждаются две ведущие гипотезы возникновения депрессий у больных таким психосоматическим заболеванием, как сахарный диабет II типа, распространенность которого достигает в настоящее время эпидемических масштабов. Первая из них рассматривает развитие аффективных расстройств как результат соматических (биохимических) изменений, свойственных диабету. Вторая относит депрессию к результатам действия психологических и социальных факторов, влияющих на развитие и течение сахарного диабета. Отмечено, что при сахарном диабете II типа проявление депрессии может на много лет опережать манифестацию самого диабета, затем определяя его течение по принципу «психосоматического балансирования» и одновременно «психосоматического сцепления» (В.А. Винокур, 2002).

Нередко возникновение депрессивного состояния возникает после установления самого диагноза сахарного диабета. Нозогенные депрессии – одно из самых распространенных проявлений психической патологии у пациентов сахарным диабетом II типа. Показатель частоты этих расстройств составляет при нем 50-80% (Н. Koenig и соавт., 1988; D. Evans и соавт., 1996; А.Б. Смулевич и соавт., 1997). Клиническая значимость нозогенной депрессии определяется не только высокой частотой депрессивных расстройств у больных сахарным диабетом II типа, но и тем, что манифестация нозогенной депрессии может быть сопряжена с ухудшением характеристик течения и прогноза соматического состояния, повышающая риск летального исхода (D. Evans и соавт., 1996). Распространенность нозогенной депрессии достоверно выше у больных сахарным диабетом II типа с диабетической ретинопатией II-III стадии, диабетической нейропатией, язвенными дефектами стоп в анамнезе и почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа. Т.А. Захарчук (2007) отмечает расстройства депрессивного спектра у 53,6% наблюдавшихся больных сахарным диабетом, при этом нозогенные депрессии, протекающие по типу тревожно-ипохондрических депрессивных состояний – у 27,8% больных.

Несколькими работами показано наличие биологического субстрата, общего для диабета и депрессии. Сюда, например, относятся нарушения деятельности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, развитие инсулинорезистентности и расстройства в метаболизме некоторых нейромедиаторов (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 иссле-

дования, 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 его показателем. Это позволяет предположить активное включение депрессии в психосоматический механизм формирования декомпенсации сахарного диабета II типа. Согласно результатам многоцентрового когортного исследования (2011) у женщин, страдающих сахарным диабетом и 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 только на 37%, а изолированного сахарного диабета – на 66% ([www.medscape.com/viewarticle/735426](http://www.medscape.com/viewarticle/735426)).

Нозогенные и соматогенные депрессии, с одной стороны, и многие психосоматические заболевания, с другой, обнаруживают патогенетическую коморбидность. Манифестация этих депрессивных состояний происходит под влиянием сочетания психогенных (психотравмирующий смысл диагноза) и соматогенных (патофизиологических) факторов, что обуславливает совпадения «пиков» обострения психических, прежде всего аффективных, и соматических расстройств. Это обосновывает целесообразность включения антидепрессантов в патогенетическую комплексную терапию этих заболеваний.

## УТЕШИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ХОСПИСА

Головина М.Ю., Перова М.И.

СПб ГБУЗ Городская больница №14 отделение Хоспис  
им. Св. равноапостольной княгини Ольги, Санкт-Петербург

Основная задача хосписа – быть «комнатой», в которой человек готовится открыть дверь во *небытие*. Для того, чтобы достойно сделать это в осознанном состоянии необходимо определенное мужество, как отмечает П. Тиллих, «мужество быть».

Помощь, оказываемая пациентам хосписа, традиционно формируется в русле паллиативной медицины. Психотерапевтическая работа при этом не исключение. И если исходить из этимологии слова «паллиативный» – *от лат. pallium* – покрывало, плащ, то основная суть проводящихся мероприятий, это прежде всего «укутывание», «согрева-

ние», «утешение» пациента, то есть все то, что дает возможность улучшить качество жизни человека. Суть *утешительной терапии* состоит в отвлечении внимания больного от патогенных мыслей, идей, болезненных воспоминаний, с одновременным укреплением воли и привитием более возвышенных взглядов, дающих больному возможность справиться со своим болезненным состоянием (Б.Д. Карвасарский).

К особенностям психотерапевтического подхода в работе с пациентами, находящимися в терминальной стадии заболевания относятся следующие важные моменты:

1. многоплановость работы в рамках холистической парадигмы,
2. как правило, отсутствие четкого психотерапевтического «запроса» со стороны пациента при поступлении в отделение,
3. предпочтительность краткосрочной работы,
4. применение преимущественно «щадящих» техник, учитывающих высокую степень астенизации пациента,
5. бережное отношение к психологическим защитам, демонстрируемым пациентом,
6. учет психологической стадии принятия болезни,
7. учет когнитивных особенностей пациента,
8. акцент на потребности в утешении,
9. сознательный отход от индивидуализации пациента,
10. один из важнейших фокусов работы с аффектом – работа с тревогой.

Учитывая, что первостепенное значение в работе с нашими пациентами приобретает клиент-центрированный подход и принцип «утешения», кроме безусловно позитивного отношения к больному, эмпатии и конгруэнтности со стороны врача, полезным оказывается также принятие во внимание структуры состояний Я пациента с точки зрения трансактного анализа. Каждое из традиционно выделяемых эго-состояний: Родитель, Ребенок и Взрослый демонстрирует свой особый паттерн мышления, чувств и поведения. Все они «достойны равного уважения и равно необходимы для плодотворной и насыщенной жизни», несмотря на неотвратимую близость смерти. Одна из основных осознанных или бессознательных потребностей пациентов хосписа – *быть утешенным*. Причем во всех трех эго-состояниях это осуществляется по разному.

*Характеристики-маркеры эго-состояния Ребенка:* деморализованный, напуганный, плачущий, демонстрирующий негативизм, капризный, слабый, зависимый, спонтанный, естественный, беспомощный, делегирующий полномочия другому, импульсивный, доверчивый, увлеченный, непосредственный, изобретательный, обидчивый, упрямый, эгоцентричный, конформный, стыдливый, бунтующий и др.

*Характеристики-маркеры эго-состояния Родителя:* контролирующий, инспектирующий, запрещающий, санкционирующий, предубежденный, поучающий, заботящийся, опекающий, долженствующий, директивный, критикующий и др.

*Характеристики-маркеры эго-состояния Взрослого:* независимый, прагматичный, размышляющий, анализирующий, рациональный, расчетливый, целесообразный и др.

Поскольку в каждый момент времени пациент находится в одном из трех эго-состояний, при работе в утешительном ключе необходимо установить из какого состояния Я пациент строит свое общение. Если рассматривать психологические проблемы терминальных больных в ракурсе *депривации* (например, лишение уверенности и спокойствия, лишение возможностей, авторитета, права контролировать ситуацию и т.д.), то восполнение по ходу психотерапевтической работы формирующейся дефицитности как раз будет играть главенствующую роль в собственно утешении. Так в парадигме трансактного анализа Ребенок будет утешен, если будет успокоен, почувствует себя защищенным, Родитель – если получит признание со стороны других (статус), Взрослый – если почувствует свободу (в частности, свободу решать и действовать). Процесс «утешения» в рамках терапии разворачивается от простого к сложному и обязательно является комплексным.

При доминировании эго-состояния Ребенка будут полезны различные методики снижающие напряжение, тревогу, нивелирующие чувство собственной беспомощности. Это техники релаксации, музыкотерапия, арт-терапия, сказкотерапия, терапия творческим самовыражением в различных ее формах, милье-терапия. Здесь реализуется на практике тезис *утешительной терапии*: «отвлечение внимания больного от патогенных мыслей», «переклочение».

При доминировании эго-состояния Родителя основной акцент терапии делается на работе с установками долженствования (например, методиками гештальт-терапии), работа с жизненными сценариями, со статусом пациента. Возвращаясь к определению *утешительной терапии*, это поле для «укрепления воли».

Доминирование эго-состояния Взрослого у пациента, как показывает опыт, позволяет говорить о тенденциях к прагматизму, демонстрирующему позицию «принятия» ситуации. Психотерапевтическая работа в этом случае нацелена на поддержку и усиление адаптивных паттернов мышления, чувств и поведения, что можно сделать, например, с помощью дополнительной экспликации жизненного опыта в рамках работы с биографией. Именно из этого актуализированного эго-состояния возможно начать работу с данностями в экзистенциальном ключе, проводить логотерапию.

Будучи утешенным во всех своих трех эго-состояниях человек приобретает Я, способное к прививке «более возвышенных взглядов, дающих больному возможность справиться со своим болезненным состоянием», в чем состоит третья важная задача *утешительной терапии*. Именно здесь мы получим площадку для диалога о рассудочном или деразном «мужестве быть» (Фома Аквинский), о «мужестве быть» стоика, констатируем актуализацию у пациента нравственных ценностей высшего порядка, которые будут в свою очередь помогать справляться с различными видами экзистенциальной тревоги (тревогой судьбы и смерти, тревогой пустоты и отсутствия смысла, тревогой вины и осуждения (П. Тиллих)) В этом состоянии пациент становится настоящим «паригорийцем» – *универсальным утешителем*, как для себя самого, так и для других («паригорийцы» – слово придуманное пациентами нашего отделения *от греч. Паригорий – утешитель*).

*Утешительная терапия* пациентов нашего хосписа, проводившаяся в рамках долгосрочного проекта «Волшебные параклиты» с учетом вышеизложенных принципов, позволила собрать материал и выпустить в этом году к 20-летию юбилею отделения одноименный сборник, включающий в себя творчество пациентов и различные практические наработки.

#### *Литература:*

1. Пауль Тиллих Мужество быть. – М. Издательство МОДЕРН, 2014.
2. Эрик Берн Игры, в которые играют люди. – Екатеринбург. Изд. ЛИТУР, 2001 г.
3. Волшебные параклиты. - под ред. М. Головиной – Спб. Изд. СКИФИЯ, 2014 г.

### **ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА В СТРУКТУРЕ МОТИВАЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Горчакова Н.М.**

*СПбГУ, кафедра онтопсихологии,  
Санкт-Петербург*

Отношение ко времени является одной из важных составляющих функционирования здоровой личности. В настоящее время на первый план выходит значимость субъективной оценки человеком своей временной перспективы. Исследования в этой области отличаются разрозненностью, и в разной степени концентрируются на трех аспектах

восприятия времени: эмоциональных, когнитивных и поведенческих. В нашем исследовании мы акцентировали внимание на клинично-психологических и мотивационных особенностях пациентов с диагнозом нервная булимия. На сегодняшний момент, существуют довольно множество понятий временной перспективы. Впервые этот термин в психологию ввели К. Левин и Л. Франк в 1939 году. К. Левин (1951) определил временную перспективу как «целостность видения человеком своего психологического будущего и психологического прошлого в данное время» [1]. Ж. Нюттен под термином «временная перспектива» имеет в виду аспекты психологического времени: собственно временная перспектива, временная установка и временная ориентация (Нюттен Ж., 2004). Временная установка по Ж. Нюттену это позитивная и негативная настроенность субъекта по отношению к своему прошлому, настоящему и будущему. Временная ориентация – доминирующая направленность поведения на объекты и события прошлого, настоящего или будущего. Важным аспектом теории Ж. Нюттена является трансформация потребностей в планы и цели (Нюттен Ж., 2004). Побуждения обретают временную перспективу, которая характеризуется как ментальное пространство, в котором строится когнитивно переработанная мотивация человеческой деятельности. Рядом ученых временная перспектива рассматривается как выражение системы смыслов (Zimbardo P.G. & Boyd J.N., 1999). Ф. Зимбардо и Дж. Бойд рассматривают пять основных измерений временной перспективы: позитивное и негативное прошлое, будущее, фаталистическое и гедонистическое настоящее [6]. Фактор «позитивное прошлое» отражает сентиментальное, ностальгическое, теплое и радужное отношение к своему прошлому и характеризуется позитивной реконструкцией прошлого. Негативная установка к прошлому чаще всего является результатом реальных травматических и неприятных событий, или негативной реконструкции событий прошлого, предполагает боль и сожаление. Гедонистическое настоящее отражает ориентацию на получение удовольствия, возбуждения в настоящем, отсутствие заботы о последствиях и будущих выгодах, наградах. Фаталистическое настоящее отражает беспомощность и безнадежность, твердое убеждение, что будущее предопределено, а настоящее должно переноситься с покорностью. Ориентация на будущее определяет стремление к целям и вознаграждениям будущего, характеризуется планированием [6]. В работах Ф. Зимбардо временная перспектива понимается как «неосознанный процесс, с помощью которого человеческий опыт размещается в определенные временные категории, или временные рамки, таким образом, придавая ему порядок, согласованность, и смысл». Им был предложен инструмент для оценки временной перспективы (ZTPI – Zimbardo Time Perspective Inventory), объединяющий мотиваци-



онные, эмоциональные, когнитивные и социальные аспекты функционирования личности и получивший широкое распространение во всем мире. Временная перспектива прочно вошла в мотивационную структуру личности человека. Т. Джесм соотносит временную ориентацию на будущее с теорией мотивации достижения (Gjesme T. 1975, 1981). Он получил эмпирические доказательства того, что студенты, которые были ориентированы на достижение, имели более выраженную перспективу будущего по сравнению со студентами, ориентированными на избегание. Среди современников хочется отметить работы А. Сырцовой (2008) которая разработала языковую и культуральную адаптацию опросника ZTP1 на русскоязычной выборке. Авторами была произведена оценка психометрических свойств русской версии опросника, его шкалы проверены на внутреннюю согласованность и воспроизводимость, структура русской версии опросника практически полностью воспроизводит факторную структуру оригинала [2]. Исследования в области физического и психического здоровья с помощью методик на временную перспективу показывают важность баланса позитивным отношением к прошлому, ориентацией на будущее и получением удовольствия в настоящем [5] Исследования показывают, что способность индивида к самоконтролю, планированию собственного поведения, и применению знаний на практике имеет непосредственное отношение к оценке им субъективного временного континуума. Сравнительное кросскультурное исследование взаимосвязи между временной перспективой и здоровьем в российской и британской выборках показало, что, несмотря на общность структуры временной перспективы, существуют культуральные различия в восприятии прошлого, настоящего и будущего [3]. Исследования содержания мотивационной структуры больных с пищевыми нарушениями, а также иерархии их мотивов позволяет понять поведение пациентов в ситуации, с одной стороны, и удовлетворение потребностей с другой. Знания о структуре мотивации нарушений пищевого поведения способствует построению адекватной модели психотерапии, которая является основным методом лечения нарушений пищевого поведения. Предварительные результаты нашего исследования позволяют говорить о том, что пациенты с нарушениями пищевого поведения фиксируются на негативных событиях прошлого и концентрируются на личном опыте, чаще всего негативном. Представления пациентов о предопределенности будущего и невозможности повлиять на него какими-либо отдельными действиями, усугубляют клиническую картину. Пациентов с диагнозом нервная булимия отличает отрицание роли взрослого, отказ от принятия ответственности, и как следствие сужение мотивационной сферы, тенденцией к импульсивным действиям.

#### *Литература.*

1. Голубев А.М., Казачанская М.Г. Временная перспектива и мотивационные предпочтения // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия Психология. 2009, т. 3, № 2. С. 69-77.
2. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Адаптация опросника по временной перспективе Ф. Зимбардо на русскоязычной выборке // Психологический журнал. 2008. №3. С.101-109.
3. Boniwell I., Osin E., Linley P. A., Ivanchenko G. V. A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples // The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice, 2010, 5:1, P. 24-40.
4. Fiulaine N., Martinez F. About the Fuels of Self-Regulation: Time Perspective and Desire for Control in Adolescents Substance Use. Published in «The Psychology of Self-Regulation», 2011. P. 102-121.
5. Oyanadel C., Buela-Casal G. The Perception of Time: Influences on Physical and Mental Health // Univ. Psychol., 2011, vol.10 no.1, P. 149-161.
6. Zimbardo P.G., Boyd J.N. Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric // Journal of Personality and Social Psychology, 1999, Vol. 77, No. 6, P. 1271-1288.

### **ТРЕВОЖНОСТЬ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

**Гусева Н.А., Маланичева И.В.**

*Институт специальной педагогики и психологии,  
кафедра клинической психологии, Санкт-Петербург*

Вопрос о роли эмоциональных воздействий в этиологии и патогенезе сахарного диабета (СД) приобрел актуальность с развитием психосоматической медицины. В настоящее время считается доказанной важная роль психического фактора в возникновении СД. Остается не до конца ясным, может ли эмоциональный стресс вызывать диабет у здоровых людей, или стресс лишь проявляет латентное заболевание. Современная концепция сопровождения больных СД трактует это заболевание как «образ жизни», к которому заболевший должен адекватно приспособиться, максимально используя свои собственные возможности и мероприятия по восстановлению и компенсации имеющихся нарушений. Особенно остро вопрос психологического сопровождения стоит в рамках реабилитационной работы с подростками, страдающими сахарным диабетом.

Многие исследователи отмечали, что дети, страдающие СД, до заболевания отличаются повышенной добросовестностью, серьезностью, отсутствием детской беззаботности, при этом у них часто отмечаются нарушения контактов со взрослыми, конфликты с родственниками. Сенситивность, эмоциональная инертность и интравертированность часто рассматривались как основа преморбида детей с СД. В то же время остается спорным не до конца решенным вопрос о факторах, оказывающих наибольшее влияние на психическое состояние подростков с СД.

Основная проблема сахарного диабета в пубертатном возрасте состоит именно в том, что, проводя большую часть времени вне дома, подростки должны нести на себе весь груз ответственности, контролируя течение СД. Психическое состояние детей и подростков, больных сахарным диабетом, во многом влияет на способность подростков брать на себя необходимую ответственность.

В рамках проведенного исследования мы интересовались выраженностью тревожности у подростков с СД и связями уровня тревожности как с характером течения СД, так и с социально-бытовыми условиями, семейной ситуацией и характером отношений со сверстниками, учителями и врачами.

В экспериментальную группу вошли 20 подростков 13-14 лет с СД 1 типа, которые проходят лечение в Вологодской обл. детской больнице (10 мальчиков и 10 девочек). 11 подростков (55%) страдают сахарным диабетом от 2-х до 5 лет, у 9 подростков (45%) – длительность заболевания более 5 лет. У всех испытуемых (100%) имеются осложнения сахарного диабета: диабетическая полинейропатия, диабетическая нефропатия и др. У всех подростков перенесены эпизоды гипер- и гипогликемии. В экспериментальной группе у двух подростков (10%) матери страдают СД. Контрольная группа – 30 подростков 13-14 лет, не страдающих сахарным диабетом (15 мальчиков и 15 девочек). Мать одного подростка в контрольной группе страдает СД, панкреатогенным.

Полная семья со средним и высоким материальным положением отмечается (70%) как подростков с сахарным диабетом, так и подростков контрольной группы.

Подростков просили оценить удовлетворенность семейными отношениями и степень опеки (гиперопека, гипоопека). Также подростков просили оценить наличие проблем в общении со сверстниками, учителями и родителями. Уровень тревожности оценивался с помощью стандартных методик: личностной шкалы проявлений тревоги Дж. Тейлора (в адаптации Норакидзе), опросника «Шкала самооценки» Спилбергера – Ханина, методики «Рисунок несуществующего животного» (симптомокомплексы тревоги, агрессии, астении оценивались по

И.А. Фурманову), карты наблюдения за невербальными проявлениями тревожности. Использовались методы математической статистики, были выбраны U-критерий Манна-Уитни, г-критерий Спирмена, применялась компьютерная статистическая программа Statistica 6.0

По личностной шкале проявлений тревоги в группе подростков с СД у половины испытуемых выявлен высокий уровень тревожности, у 3 подростков (15%) – очень высокий, в контрольной у трети подростков – высокий уровень, и у 2-х подростков (7%) – очень высокий уровень.

По шкале личностной тревожности в экспериментальной группе у 11 подростков (55%) – тревожность высокая, в контрольной группе у 9 подростков (30%) – тревожность высокая. У подростков экспериментальной группы показатель личностной тревожности превышает показатель ситуационной тревожности, тогда как среди подростков без сахарного диабета показатель ситуационной тревожности соответствует показателю личностной тревожности или превышает его. Только в экспериментальной группе выявлены случаи (25%), когда высокая личностная тревожность сочеталась с низкой ситуативной. Подростков с СД обследовали в стационаре, и, возможно, низкий уровень ситуативной тревоги объясняется тем, что они либо вытесняют воспринимаемые угрозы и напряжения, которые могут ощущать в больнице, либо чувствуют себя бессильными на что-либо влиять, и потому не имеют мотивации к активности в этих условиях.

Анализ рисунков показал, что выраженность признаков тревожности и защитной агрессии у подростков с СД выше, чем у их здоровых сверстников (различия статистически достоверны). Также у подростков с СД чаще встречаются признаки астенизации, истощения, экономии энергии.

Выявленный статистически достоверно более высокий уровень тревожности у страдающих СД согласуется с литературными данными, и связывается с трудностями психосоциального характера, которые сопровождают сахарный диабет, а также органическими факторами.

Выявлена прямая связь стажа сахарного диабета с уровнем личностной тревожности (+0,49), а также с признаками тревожности в рисунках подростков (+0,55). Выявлена связь количества госпитализаций с уровнем тревожности (+0,49). Необходимость постоянного приема медикаментов, выполнения инъекций инсулина, контроля уровня глюкозы в крови, соблюдения диеты, выполнения четких указаний врача создает ситуацию напряженности, что ведет к повышению личностной тревожности. В свою очередь неуверенность, личностная уязвимость и тревожность подростков способствует снижению иммунитета, мешает

волевым усилиям подростков, необходимым для самоконтроля течения заболевания, и соответственно способствует декомпенсации сахарного диабета, ведет к госпитализации и осложнениям.

Интересна прямая умеренная корреляция (+0,51) между тревогой и отношением к жизни. Чем выше тревога, тем с большим пессимизмом смотрят подростки на жизнь.

Выявлена прямая корреляция между личностной тревожностью и уровнем опеки, ощущаемым подростком в семье (+0,72). Чем больше опекают подростка в семье, тем выше личностная тревожность. Также выявлена взаимосвязь проявлений астении в рисунке и повышенной опекой в семье (+0,55). Связь опеки со стороны родителей и астенических и тревожных состояний взаимна: с одной стороны, родители ограничивают физическую активность подростка, значительно уменьшают самостоятельность подростка, что приводит к неуверенности и снижению физического тонуса. С другой – болезненное состояние, утомляемость подростков, а также проявляемая ими нерешительность, боязливость, неуверенность подталкивают родителей брать на себя все больше ответственности за жизнь и здоровье ребенка, ограничивать и опекать его.

Выраженность опеки связана со стажем диабета (+0,57). Чем дольше длится заболевание, тем более выражены проявления гиперопеки со стороны родителей. Чрезмерная опека может мешать подросткам брать необходимую ответственность за собственное здоровье: диету, прием лекарств, режим. Родители не могут (хотя и пытаются) тотально контролировать подростков, в связи с чем могут происходить обострения заболевания из-за неправильного образа жизни. Складывается ситуация, когда сахарный диабет – это проблема родителей, а сам пациент как бы ни при чем.

Выявлена связь уровня тревожности и выраженности проблем межличностного общения: со сверстниками, учителями, врачами. Чем выше личностная тревожность подростка с сахарным диабетом, тем больше проблем у него возникает в социуме: в общении со сверстниками и взрослыми, в самопредъявлении в учебном коллективе, и тем выше в свою очередь становится личностная тревожность.

Из социально-бытовых условий связь с уровнем тревожности выявлена у показателя «свое место (комната) в квартире» (+0,51): Более тревожными являются те подростки, у которых нет безопасного индивидуального места в квартире.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у подростков с СД выше уровень тревожности, чем у их здоровых сверстников. Тревожность связана со стажем заболевания, количеством госпитализаций. Тревожность связана с отсутствием у подростка «своего места» в

квартире. Более тревожные подростки с СД замечают у себя больше проблем в общении со сверстниками, учителями и врачами, реже пробуют себя проявить в учебной или внеклассной деятельности, отмечают страхи и неуверенность в выступлениях перед учебной группой, реже занимаются спортом и ЛФК. Также тревожность подростков тесно связана с гиперопекой со стороны родителей. Возникает порочный круг: чем больше у подростка проблем со здоровьем и чем больше он тревожится, тем сильнее его опекают в семье. А чем более опекаемым является ребенок в семье, тем более неуверенным он себя ощущает, тем выше его тревожность и тем меньше ответственность в вопросах контроля заболевания.

Таким образом, комплексная психологическая помощь семьям, воспитывающим подростков с СД, направленная на гармонизацию отношений в семье, распределение ответственности, а также проработку тревожащих подростков тем, является важной частью реабилитационной работы с подростками с СД.

## ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ И ПАЦИЕНТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Дубовая Е.Г.

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
кафедра экспертизы временной нетрудоспособности  
и качества медицинской помощи, Санкт-Петербург*

Психосоматические расстройства – группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов. Распространенность их в общемедицинской практике значительна. Так, среди пациентов многопрофильной больницы психосоматические расстройства были выявлены в 53,6% случаев [Смулевич А.Б. и др., 1999], в амбулаторной практике распространенность указанных нарушений оценивается в диапазоне 25-75% [R. Smith, F. Dwaмена, 2007].

Диагностика психосоматических расстройств, организация медицинской помощи и терапия требуют от врача соответствующей подготовки и углубления профессиональных знаний. Недоверие к психиатрии – универсальная черта жителей различных стран. Даже допуская необходимость специальной помощи, пациенты осторожны с психологами и психотерапевтами, опасаются моральной компрометации и последующих социальных ограничений. Если интернист осуществляет лечение самостоятельно, желательно минимизировать число используемых препаратов, взвешенно обосновать их выбор, более целесообразной (осо-

бенно в амбулаторной практике) тактикой представляется монотерапия. Использование междисциплинарного подхода расширяет и углубляет представления о структуре и траектории развития собственно психосоматических расстройств личности, но и о коморбидных соотношениях между аномалиями личности и психической патологией аффективного и шизофренического спектра, с одной стороны, и соматической болезнью, с другой. Психиатрическая служба традиционно инертна, не просто интегрируется с другими отраслями медицины и здравоохранения.

Сегодня у пациентов с пограничными расстройствами установлен существенный дефицит информированности о своем диагнозе, характере заболевания, состоянии своего здоровья при наличии достаточно высокого интереса к этим вопросам. Отношения между пациентами и врачами носят преимущественно патерналистский характер, что приводит к нарушениям прав пациентов и увеличению частоты этико-правовых конфликтов. От 63% до 100% опрошенных врачей считают, что им необходимы этико-правовые знания. Таким образом, нужно совершенствовать систему этико-правовых норм и повышать уровень этико-правовой грамотности врачей на фоне постепенного повышения общего культурного уровня всего российского общества.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

**Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.**

*ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения РФ, кафедра философии и психологии  
с курсами биоэтики и истории Отечества, г. Тверь*

Сегодня в отечественных медицинских реалиях доминирует традиционная медицинская модель врачевания. Ее физикалистский дискурс проблематизируется в современных медицинских практиках и требует разработки комплементарной ей психологической модели врачевания, где современное научное звучание приобретает «психосоматическая проблема» и решение ее новыми способами. Современные междисциплинарные исследования показывают, что практически во всех областях медицины дифференцируется психологическая составляющая, которая проявляется как в этиологии, так и в патогенезе заболеваний. Неоспоримый факт роста психосоматических заболеваний демонстрирует имманентную значимость психологической составляющей таких заболеваний, актуализирует влияние психологического фактора на течение заболевания, требует его интерпретации в социально-психо-

логическом дискурсе врачевания. По-прежнему привлекают внимание старые и новые факты излечения, которые противоречат всем «соматическим» данным. Их отрицание или замалчивание не добавляет ничего к логике «роста научного знания». Так называемая «исцеляющая вера» (понятая как психологическое воздействие) ярко выражает активность сознания, специфическое проявление его интенциональности. Это также указывает на необходимость включения более широкого психологического содержания в медицинскую практику.

Экзегезис психосоматической проблемы подтверждает тот факт, что каждому заболеванию предшествуют определенные психологические проблемы, восходящие к психологии здоровья пациента. Психология здоровья ориентируется на целостную картину здоровья, на понимание того, что понятие «здоровый человек», его психосоматический статус постоянно трансформируются, наполняясь новым содержанием, что экспонирует их многомерность. В психологии здоровья феномен «здоровье» рассматривается как ценностно-ориентированный стиль жизни и соответствующие поведенческие паттерны. Их дисбаланс позволяет понять, как соотносятся декларируемые ценности здоровья и поведенческие реалии, каких ценностных установок и поведенческих рисков следует избегать. Поведенческие риски пациента, их сравнительная оценка и идентификация, исследуемые в парадигме «психологии здоровья» позволяют получить, в первую очередь в реабилитационный и профилактический период, данные о субъектных ресурсах пациента, таких как рефлексивность, ответственность, мотивационные предпочтения и ценностно-смысловые установки в проекции здоровьеориентированного поведения, что можно рассматривать как широкое значение его «психосоматических» особенностей.

В контексте проблем психологического здоровья высвечивается роль психологического знания и его содействия процессу излечения и раскрытию потенциала к здоровью человека. Пациент, рассматриваемый как рефлексивная система, на которую «воздействуют», обладает собственной активностью и свободой воли. Он обладает сознанием, т.е. активным восприятием мира и отображает (фигурально проецирует, репрезентирует, конструирует) результаты медицинского воздействия в ситуации заболевания и исцеления, а также способен адекватно воспринять «сложившуюся» ситуацию со здоровьем, подняться над нею, самоопределиться и самоидентифицироваться. Субъективность восприятия медицинских действий и манипуляций может сильно изменить результат этих действий. Это те «внутренние переменные» системы, «внутренний член инструментального акта», о которых говорил Л.С. Выготский, и которые выдвигаются на первый план в медико-психологи-

ческой реальности, становясь стержнем развития в ситуации излечения. Рефлексивный подход и технологии в повышении мотивации здорового образа жизни пациентов, в настоящее время активно применяемые в психологии здоровья, могут быть реализованы в структуре поэтапного расширения осознаваемых компонентов своего статуса, ответственности за свое здоровье, поведенческих стратегий и выстраивания субъект-субъектных отношений между врачом и больным. Рефлексивные технологии используются в реабилитационном и профилактическом периоде и предполагают научение пациента делать бессознательное сознательным, развивать у себя способность контролировать свою когнитивную деятельность, рождающую негативные эмоции и самоповреждающее поведение, формировать навыки конструктивных психологических защит. Это повышает адаптивный потенциал и способствует выработке адаптивных стратегий поведения и развития адекватной субъектности. Актуальность восхождения к рефлексивности для пациента диктуется новыми развивающимися медицинскими технологиями, с помощью которых можно получить лучшие медико-практические результаты.

### ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА НА ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**Заздравнов А.А.**

*Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра общей практики – семейной медицины и внутренних болезней,  
г. Харьков*

Ревматоидный артрит (РА) – системное заболевание соединительной ткани с поражением суставов и вовлечением в патологический процесс внутренних органов. Артралгии, деструкция суставов, висцеропатии ведут к функциональным нарушениям и психологическим проблемам, к социальной дезадаптации пациентов. Главный элемент влияния на эмоциональную сферу у данных больных – это болевой синдром. Восприятие боли – процесс субъективный, зависящий как от нозологии, так и от личной болевой реакции, определяемой, в том числе, и эмоциональным состоянием пациента. Частым висцеритом при РА является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). Изжога, по своей сути, является разновидностью боли. Симптоматика ГЭР и РА изменяет образ жизни, пищевые предпочтения, режимы двигательной активности. Все это, в конечном счете, отражается на эмоциональной сфере пациента.

**Цель работы:** оценить нарушения в эмоциональной сфере больных РА, осложненным ГЭР.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 42 больных РА, осложненным ГЭР (основная группа) и 38 пациентов с РА без признаков рефлюкса (группа сравнения). Эмоциональная сфера больных исследовалась с помощью шкалы тревожности Спилбергера и шкалы депрессии Цунга.

**Результаты.** В оценке феномена тревожности исследовали как личностную (ЛТ), так и ситуативную (СТ) составляющую. СТ не превышала умеренной степени выраженности:  $35,8 \pm 3,5$  баллов в основной группе,  $33,7 \pm 3,7$  баллов – в группе сравнения. Наряду с этим, ЛТ в основной группе больных, отвечала высокому уровню тревожности и превышала аналогичный показатель пациентов группы сравнения: соответственно  $49,9 \pm 3,6$  и  $38,2 \pm 3,5$ ,  $p < 0,05$ . Более высокие показатели ЛТ у пациентов основной группы свидетельствовали о большей выраженности психологического стресса. Учитывая триггерную роль психотравмы в обострениях РА, высокая ЛТ может формировать предпосылки для рецидивирующего течения болезни, приводить к эмоциональным срывам. Показатели теста Цунга достоверно не различались в группах обследованных и соответствовали уровню легкой депрессии, что свидетельствовало об отсутствии влияния ГЭР на формирование депрессивного ответа.

**Выводы.** Изменения в эмоционально-личностной сфере больных РА характеризуются тревожно-депрессивными проявлениями. При развитии ГЭР на фоне РА у больных более часто по сравнению с изолированным течением РА, повышается уровень личностной тревожности, что может проявиться эмоциональными срывами, обострениями РА.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО САМОВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

**Калашникова В.В., Маклакова Л.Б.**

Беременность – особое состояние в жизни женщины, сопровождающееся выраженными психофизиологическими изменениями, причем физиологическая перестройка организма приводит к определенным психическим реакциям, которые, в свою очередь, сами влияют на физиологический фон протекания беременности. Этот период представляет собой также и смену социальной ситуации, которая приводит к

значимым личностным изменениям: формированию новой внутренней позиции матери и возникновению так называемой внутренней картины беременности, в которых отражаются радикальные телесные и эмоциональные изменения (1). Внутренняя картина беременности является сложной иерархической и динамической системой, которая включает в себя феномены мотивационного, эмоционального, когнитивного и телесного опыта. Доминанта беременности трансформирует характер, поведение, эмоциональный фон будущей матери, определяя ее психическое состояние, которое, в свою очередь, влияет на течение беременности, развитие плода, а также на течение родов и лактационного периода, возникновение родовой боли (5).

В.И. Брутман и коллеги изучали особенности психологического состояния и речи женщин во время 3-х триместров беременности.

В первом триместре, как правило, наблюдается снижение общего витального тонуса, общий телесный дискомфорт, чувство внутренней неустойчивости, которое беременные определяют как легкое головокружение, тошноту, повышенную сонливость. Их настроение незначительно снижено с оттенком раздражительности. Беременные женщины воспринимают свое «Я» противоречиво. Имеют место переживания собственной значимости с одной стороны и потребность в спойствии, устойчивой положительной привязанности с другой.

Во втором триместре, внутреннее напряжение сменяется гармонией. Беременные становятся менее чувствительными, появляется чувство единения с ребенком. Перцептивная сложность восприятия младенца, характерная для первого этапа беременности уступает место перцептивной простоте. Женщина готова принять ребенка любым (2).

В третьем триместре развиваются выраженные изменения в соматосенсорной и эмоциональной сфере. На этом этапе также характерны две противоположные тенденции – желание наконец увидеть ребенка и нежелание рожать его, прекращая тем самым тесную связь. Особенностью третьего триместра являются различные физические и эмоциональные состояния, связанные с шевелением ребенка, болевые ощущения, страхи и опасения за него или за исход беременности и родов. Некоторые авторы рассматривают беременность как кризисную ситуацию с анализом всей совокупности психических проявлений (кластеров) на всем ее протяжении (3, 4).

**Целью настоящей работы** являлось изучение телесного и эмоционального опыта беременных на разных сроках для оптимизации этого важного периода в жизни женщины.

Обследовано 40 беременных женщин (20 во втором и 20 в третьем триместре беременности), проходивших скрининговое обследование в Радищевской ЦРБ Ульяновской области. Все обследуемые были первобеременные в возрасте от 19-36 лет.

В психологическом исследовании использовались следующие методики: тест отношений беременной (И.В. Добряков, 2010), направленный на диагностику варианта психологического компонента гестационной доминанты; интегративный тест тревожности; методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан. Статистический анализ результатов исследования осуществлялся при помощи U-критерия Манна-Уитни и теста Вилкоксона.

Результаты исследования типа отношения к беременности по методике И. В. Добрякова показали, что у женщин во втором триместре беременности преобладающими являются эйфорический (3,2) и оптимальный (3,0) типы гестационной доминанты. У беременных женщин с преобладающим эйфорическим типом преобладал повышенный фон настроения, они часто требовали повышенного внимания близких и не замечали некоторых тревожных симптомов.

Оптимальный вариант проявлялся в адекватной оценке женщинами своего нового состояния.

У беременных в 3-м триместре отмечался тревожный тип гестационной доминанты (2,7). Сравнительный анализ результатов исследования при помощи U- критерия Манна-Уитни показал, что значимые различия приходятся на выраженность тревожного ( $U=128,5$ ,  $p<0,048$ ) и депрессивного ( $U=109,5$ ,  $p<0,007$ ) типов, причем выраженность обоих типов выше у женщин, находящихся во втором триместре беременности.

Анализ результатов исследования личностной тревожности показывает, что у беременных в обоих группах преобладает эмоциональный дискомфорт, пониженное настроение, эмоциональная напряженность. Статистический анализ данных показал, что в группе беременных в 3-м триместре значимо выше, чем у беременных во 2 триместре компоненты астенический ( $U=136,0$ ,  $p<0,0077$ ), фобический ( $U=141,0$ ,  $p<0,015$ ) и негативной оценки перспектив ( $U=108,0$ ,  $p<0,012$ ).

Исследование по методике диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн выявило понижение практически всех показателей у женщин в 3-ем триместре, что очевидно связано с приближением родов, ростом тревоги и ухудшением физического состояния.

Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что беременные женщины во втором триместре имеют более благоприятный эмоциональный фон и лучше воспринимают свои

телесные изменения, чем женщины, находящиеся в третьем триместре, для которых характерным является повышение тревожности, страхов, связанных с родами, физическая и психическая астения, изменение отношения к телесным симптомам.

Можно сделать вывод, что для профилактики негативных психологических и физиологических изменений необходима ранняя подготовка к родам, которая должна включать информационную, эмоциональную и телесную составляющую.

#### *Литература.*

1. Айвазян, Е. Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности. Диссертация на соиск. ...к.пс. н./ Е. Б. Айвазян – М., 2005.-319 с.
2. Брутман, В. И. Психологическое состояние и речь женщин на различных этапах репродуктивного цикла в норме и в кризисных ситуациях / В. И. Брутман, Н. И. Миронова, С. Н. Ениколопов, А. Я. Варга, М. С. Радионова// Информационный бюллетень РФФИ – 1999. № 7.
3. Карасева, А. Э. Психологические особенности женщин в зависимости от сроков беременности при нормальных и патологических родах / А.Э. Карасева, Т. В. Корчагина, И. С. Горельникова, И. А. Левина, И.В.Пальчикова // Известия Алтайского государственного университета.- 2002.-№3.- С.110-113.
4. Каргашева, К.С. Психологическая характеристика женщин на поздних этапах беременности / К. С. Каргашева, И.С. Шелехов, В. Н. Кожевников, М. Н. Мытникова// Вестник ТГПУ.-2010.-№2 (92).- С.103-106.
5. Лохина, Е. В. Влияние уровня личностной тревожности и медико-психологической подготовки беременных к родам по программе «счастливое материнство» на течение беременности / Е. В. Лохина// Современные проблемы науки и образования.-2-13.-№2.-С.1-9.

## **ДУША И СЛОВО**

**Калягин В.А.**

*СПб НИИ уха, горла, носа и речи,  
Санкт-Петербург*

Из двух терминов, предложенных в 1818 году немецкими врачами И.Х.А. Хейнротом – «психосоматика» и К.В.М. Якоби – «соматопсихика» признание получил первый, ограничив продуктивное представление о взаимоотношениях души и тела только односторонним

влиянием души на тело. Вместе с тем сегодня очевидно, что это именно своеобразный диалог, действие которого при патологии может быть проиллюстрировано, например, механизмом порочного круга. И одной из причин этого казуса является доминирование линейных характеристик речи, не позволяющих говорить об одновременных событиях.

Ещё более сложной представляется проблема взаимоотношения психики и речи. Традиционно речь со ссылкой на Л.С. Выготского принято относить к высшим психическим функциям, но вот М.Г. Ярошевский пишет: «Вклад Выготского в последующий прогресс был обусловлен обращением к особому непсихологическому объекту – слову. Сквозь призму преобразованного и в силу этого запечатлевшего более высокий уровень постижения психической реальности категориального аппарата Л.С. Выготский смог прозреть в непсихологическом объекте – слове – глубинные слои душевной жизни личности, ее незримую динамику» (1993. – С. 34). Действительно согласно Л.С. Выготскому высшие психические функции, то есть собственно психика, возникает с появлением у ребенка знаковой системы, то есть языка, а речь по Ф. де Соссюру представляет собой процесс использования языка как инструмента коммуникации. Эту особую коммуникативную функцию слова И.П. Павлов обозначил специальным термином, назвав его сигналом сигналов или второй сигнальной системой. Он писал: «Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных. Слово благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека связано со всеми внешними и внутренними раздражителями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения» [1949, с. 427]. Эти представления о слове были развиты К.И. Платоновым в плане использования его для оказания больным психотерапевтической помощи [1962].

С точки зрения рассматриваемых отношений души и слова особую категорию представляют собой люди с нарушениями рече-языковой системы, поскольку по отношению к ней психосоматика оказывается внутренней, «домашней» проблемой, в решении которой особое, можно сказать уникальное, место занимают эмоции в трех аспектах – физиологическом, психологическом и лингвистическом. Первый аспект с позиций павловской физиологии высшей нервной деятельности получил развитие в кортико-висцеральной концепции его ученика К.М. Быкова. Существенный вклад в него внесли работы У.Б. Кэннона, кото-

рый изучая сложные взаимодействия эндокринных желез и вегетативных функций показал, что эмоциональное напряжение может влиять на телесные функции через кортико-таламические и вегетативные пути и это биологически целесообразно, так как способствует подготовке всего организма к ситуации повышенной траты энергетических ресурсов. У.Б. Кэннон установил, что при эмоциональном возбуждении происходит выброс адреналина в кровь, и называл его гормоном «борьбы и бегства», обеспечивающим мобилизацию внутренних органов в угрожающих жизни ситуациях. Его ученик Г. Селье разработал концепцию стресса и дистресса, объясняющую конструктивную и деструктивную работу адаптационных биологических механизмов. К тревоге, представляющей собой первый этап стресса, наиболее чувствительны сложные функции, к которым бесспорно следует отнести и речь.

Важным психологическим механизмом, способствующим патологии оказывается феномен алекситимии, сам по себе не рассматриваемый как проявление патологии. Внимание к нему не ослабевает уже более сорока лет с момента введения термина в употребление Р. Е. Сифнеосом в 1973 г., который с позиций психоанализа рассматривал его как предпосылку возникновения психосоматических заболеваний.

Значение эмоций в возникновении и протекании нарушений речи нельзя переоценить. В наибольшей мере их роль проявляется и исследуется в отношении заикания (Bloodstein O., Ratner N. B., 2007) и дисфоний (Roy N., Bless D. M., 2000). Обнаружить исследований алекситимии у этих категорий больных в доступной литературе нам не удалось. В многочисленных работах алекситимия изучалась у самых разных категорий здоровых и больных людей, но в этих работах практически не рассматривался лингвистический аспект явления, если не считать замечания, по поводу того, что алекситимия является естественным этапом развития любого человека в период освоения речи. Вместе с тем в лингвистической литературе теме эмоционального компонента речи активно и многосторонне разрабатывается (Шаховский В.И., 2009). При этом лингвисты проделали в этом вопросе существенную эволюцию взглядом от почти полного отрицания роли эмоций в речи до понимания того, что эмоции многообразно проявляют себя в ней не только в виде использования прямой номинативной лексики, но и в разнообразии языковых средств их выражения, в том числе в порядок слов, синтаксических конструкциях, интонациях, стилистике.

Весьма продуктивным для понимания роли алекситимии как психосоматического фактора представляется термин «логоген» (от греч. *logos* – слово, понятие, учение; *genos* – происхождение), предложенный психологом Дж. Мортонем в 1969 г., под которым он понимал такую

структуру или «узел», который связывает все стороны слова – слуховые, зрительные, иллюстративные, семантические, все многообразие его отношений. Такое понимание слова вполне соответствует представлениям И.П. Павлова.

С помощью Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS), созданной Дж. Тейлор и соавторами, нами было обследовано 123 здоровых взрослых лица, 36 взрослых заикающихся и 52 взрослых больных с нарушениями голоса.

Нормативный показатель оказался равен  $60,4 \pm 8,8$  балла (коэффициент вариативности – 15%), что соответствует приводимым в литературе данным за исключение полученной в нашей выборке большей их дисперсии. Более высокими оказались показатели в группе заикающихся –  $62,4 \pm 11,8$  (коэффициент вариативности – 19%) и еще более высокими в группе больных с нарушениями голоса –  $67,9 \pm 12,3$  (коэффициент вариативности – 18%). Наличие алекситимии признается при наличии 74 и больше баллов. В группе здоровых лиц таких оказалось 4,9%, в группе заикающихся – 19,4%, а в группе больных с нарушением голоса – 35,3%, то есть больше всего. При этом значимыми по критерию Стьюдента оказались различия только между здоровыми и больными с дисфонией ( $p=0,01$ ). Возможно, это связано со значением голоса в эмоциональной выразительности речи. Анализ содержательной стороны алекситимии позволил выявить её специфику у больных с нарушениями голоса, которая выражается в преобладании фиксированности на внешних событиях и снижении способности к фантазированию. Удалось показать соотношение показателей алекситимии в группах больных с органическими и функциональными нарушениями голоса. У первых высокие показатели алекситимии сопровождаются выраженной меланхолией, нейротизмом и тревогой по поводу нарушенного голоса. С нейротизмом имеется достоверная корреляционная связь. У заикающихся выявлена высокий коэффициент положительной корреляции алекситимии с нейротизмом ( $r=0,612$ ) и менее выраженный – с образным мышлением и отрицательный – с логическим мышлением.

Таким образом, феномен обеднения эмотивной лексики, первоначально обнаруженный у больных с психосоматическими заболеваниями и рассматривавшийся с чисто медицинских позиций, по мере накопления фактов все в большей мере стал обнаруживать свою лингвистическую природу, что позволяет обратиться на это явление более пристальное внимание психотерапевтов. Очевидно, что речевые расстройства представляют особый интерес в этом плане. Анализ литературы и проведенные экспериментальные исследования ориентируют на дальнейшее уточнение универсальной роли эмоций в работе рече-языковой системы и психики.



*Литература*

1. Павлов И.П. Приложение экспериментальных данных, полученных на животных к человеку // Павлов И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. Редакция и статья академика К.М.Быкова. – М.: Издательство Академии Наук СССР, 1949. – С. 427.
2. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М.: Медгиз, 1962. – 532 с.
3. Шаховский В.И. Категоризация эмоций в лексико-семантической системе языка / В.И. Шаховский. – 3-е изд. – М.: Эдиториал УРСС, 2009. – 208 с.
4. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. / Пер. с англ. Т. Саушкиной. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 352 с.
5. Ярошевский М.Г. История психологии. – М., 1976. – 463 с.
6. Bloodstein Oliver, Ratner Nan Bernstein A Handbook on Stuttering. Sixth edition. – Cengage Delmar Learning, 2007. – 552 p.
7. Demmink-Geertman L., Dejonckere P.H. Differential Effects of Voice Therapies on Neurovegetative Symptoms and Complaints / Journal of Voice. 2010; 24. P. 581-591.
8. Roy N., Bless D. M. Personality traits and psychological factors in voice pathology: a foundation for future research / Journal of speech, language, and hearing research. 2000, 43 (3). P. 737-748.

**САМООТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ  
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ****Киреева Т.И.***ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,  
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

В настоящее время сахарный диабет (СД) 1 типа является как медицинской, так и социальной проблемой в большинстве стран. Среди всех пациентов с диабетом 3-8% больных младше 16 лет. Болезнь приводит к значительному снижению качества жизни детей, физическим и психологическим проблемам. Исследователи сталкиваются с необходимостью определения социальных и психологических переменных, которые могут нейтрализовать отрицательные воздействия болезни.

Н. Пезешкиан дает описание характерной структуры личности диабетического типа. Этот тип отличается общим сниженным фоном настроения, эмоциональной лабильностью, частыми невротическими реакциями, безразличием, неспособностью принять самостоятельное

решение. У детей и подростков отмечают нарастание вялости, быструю истощаемость, астенизацию. Меняется поведение, что проявляется в робости, пассивности, стремлении к уединению [2].

По данным Л.Б. Павловой, у подростков с сахарным диабетом 1 типа отмечаются личностные особенности, отличающие их от здоровых детей как в лучшую сторону, так и в сторону формирования нарушенной «Я-концепции». Так, девочки с диабетом более чувствительные, уязвимые, конформные, способные к регуляции своего поведения по сравнению со здоровыми девочками. Мальчики с диабетом на сознательном уровне демонстрируют большую эмоциональную стабильность и терпимость, но они обеспечиваются высоким уровнем напряжения адаптационных механизмов, что может привести к декомпенсации.

Ощущение собственного отличия для мальчиков связано со стремлением принижать качества других при недостаточной критичности к себе. Девочки склонны к большей рефлексии и осознанию проблем, связанных с болезнью. У подростков с диабетом 1 типа наблюдаются проблемы идентификации: мальчики ориентируются на мать при построении своего образа «Я», а для девочек особо значимой является фигура отца, которая становится эталоном при построении взаимоотношений с противоположным полом.

Для подростков с диабетом характерна социальная гипернормативность, что также проявляется в учебной деятельности, которая становится критерием собственной успешности. Учеба для них становится высшим показателем «Я» в настоящем и проецируется в будущее на эмоционально-поведенческом уровне и на уровне отношений [1].

Исследование Е.Г. Щукиной и ее коллег показало, что личностное восприятие болезни подростками с сахарным диабетом характеризуется высоким уровнем депрессии и тревожности, периодически рациональным восприятием своего заболевания, с одной стороны, и его отрицанием с уходом в учебу – с другой, использованием замещения реакции на неприятную ситуацию противоположной (как средство психологической защиты), либо иным чувством, не имеющим отношения к данным условиям, либо возвращением к более ранним реакциям [3].

Нами было проведено исследование компонентов Я-концепции 20 детей в возрасте 14-16 лет с диагнозом «Инсулинзависимый сахарный диабет», находящихся на лечении в эндокринологическом отделении ДГКБ № 1 г. Самара. Контрольную группу составили 20 условно здоровых подростков.

В результате исследования методикой МИС В.В. Столина и С.Р. Пантлеева были выявлены различия между подростками экспериментальной и контрольной группы:

- по шкале самооценности средний показатель экспериментальной группы выше, чем средний показатель контрольной ( $U=161,500$ , при  $p \leq 0,270$ ), что свидетельствует о заинтересованности в собственном Я, и любви к самому себе, ощущении ценности собственной личности и одновременно предполагаемой ценности своего Я для других. Выраженная эмоционально положительная оценка себя у подростков с СД может быть связана с внешним отношением к ним, определяемым болезнью.

- по шкале самопривязанности в экспериментальной группе показатель значительно ниже, чем в контрольной ( $U=124,500$ , при  $p \leq 0,034$ ); значения экспериментальной группы попадают в средний уровень выраженности и указывают на избирательность отношения к своим личностным свойствам, на стремление к изменению лишь некоторых своих качеств при сохранении других.

По результатам теста диагностики самооценки «Кто я?» Куна-Макпартленда можно говорить о том, что подростки с СД I типа уделяют больше внимания своей внешности и физическим данным, в сравнении с подростками контрольной группы ( $\varphi^*=2,14$ , при  $p \leq 0,05$ ), а также чаще задумываются о вопросах бытия ( $\varphi^*=2,62$ , при  $p \leq 0,05$ ). Значимость семейных связей чаще отмечается в экспериментальной группе, чем в контрольной ( $\varphi^*=2,14$ , при  $p \leq 0,05$ ). Все подростки экспериментальной группы считают себя деятельными и активными, что на треть больше чем в контрольной группе ( $\varphi^*=2,24$ , при  $p \leq 0,05$ ).

Результаты методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн в адаптации А.М. Прихожан показали преобладание в группе подростков с СД самооценки по шкалам «ум» ( $U=143,500$ , при  $p \leq 0,124$ ), «способности» ( $U=163,500$ , при  $p \leq 0,307$ ) и «умения» ( $U=152,500$ , при  $p \leq 0,196$ ).

#### **Выводы:**

- 1) Подростки с СД I типа имеют эмоционально положительную оценку себя, но готовы к избирательному изменению некоторых своих качеств при сохранении других;
- 2) Подростки с СД I типа высоко оценивают свой ум, способности и умения;
- 3) Подростки с СД I типа уделяют большое внимание своей внешности и физическим данным, значимости семейных связей, вопросам бытия, а также считают себя деятельными и активными.

Высокие показатели самооценки подростками с сахарным диабетом себя по ряду параметров могут быть результатом их компенсаторного завышения и свидетельствуют о высокой важности для них своего внешнего облика и физического состояния, умственных

способностей и умений, деятельности и активности. Психологическая работа с этими детьми должна быть направлена на формирование объективных представлений о себе, гармонизацию отношения к себе и самооценки, работу с деятельностным компонентом Я-концепции.

#### *Литература*

1. Павлова Л. Б. Психологические проблемы и личностные особенности подростков с сахарным диабетом // Известия российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2008. – №76-2. – С.191-197.
2. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Медицина, 2006. – 464с.
3. Щукина Е.Г., Цветкова Е.С., Якоби Д.А. Личностное восприятие болезни подростками с сахарным диабетом первого типа // Экология человека. – 2003. – №6. – С.38-40.

### **ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ**

**Кирсанова А.Б.**

*Санкт-Петербургский университет управления и экономики,  
Санкт-Петербург*

Особенность психосоматического заболевания в том, что это болезнь или болезненные состояния, в формировании которых ключевую роль играют эмоциональные факторы [1]. Толчком к их проявлению являются стрессы, напряжение, внутренние конфликты. Иначе о таких заболеваниях еще говорят «на нервной почве».

Сложность лечения подобных заболеваний в том, что традиционным способом их лечить нельзя. Лекарственными препаратами можно только улучшить общее состояние, но если не устранена причина стресса, то высока вероятность рецидивов [6, 10].

Наиболее эффективный способ лечения психосоматических заболеваний это совмещение лекарственных препаратов с консультацией психотерапевта.

К психосоматическим заболеваниям относятся [3]:

- Сахарный диабет, ожирение;
- Мигрень;
- Бронхиальная астма и вазомоторный ринит;
- Ишемическая болезнь сердца и гипертония;

- Ревматоидный артрит;
- Нейродермит, псориаз, экзема;
- Склонность к травмам;
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,

хронический язвенный колит.

К психосоматическим расстройствам невротического происхождения можно отнести вегетативные нарушения, сопровождающиеся тошнотой, головокружением и снижением артериального давления, аэрофагию, невротическую гастропатию, невротическую кардиопатию, нейрогенность мочевого пузыря и синдром раздраженной толстой кишки [3, 5].

Люди пожилого возраста склонны к проявлениям психосоматического характера. Это связано со спецификой изменения психики в старости, которая во многом определяется итогами кризиса при переходе от зрелости к старости и сопутствующей этому процессу адаптации [1, 7]. Так, пожилые люди, страдающие вегето-сосудистой дистонией могут быть подвержены данному заболеванию как с биологическими изменениями организма на фоне перехода на новую возрастную ступень, так и на фоне переживания конкретной жизненной проблемы.

Немаловажной проблемой, влияющей на изменения в организме пожилого человека и вызывающие психосоматические проявления, становятся отношения с родственниками. В стремлении к потребности быть полезным и востребованным, он лишается возможности удовлетворить эти потребности в семье. Также, происходит явное противоречие между желанием посвятить себя детям и внукам и необходимостью жить отдельно от родственников [2, 4, 8].

Прежде чем разработать методики по профилактике старения и борьбы с изменениями психики, влияющей на самочувствие пожилого человека, необходимо учитывать влияющие на конкретного человека стрессоры, которые способствуют ухудшению состояния активности пожилого человека.

К основным стрессорам пожилых людей можно отнести [6, 9]:

- Сужение сферы общения;
  - Отсутствие определенного жизненного ритма;
  - Уход от активной деятельности;
  - Уход в себя и нежелание контактировать с обществом;
  - Синдром «опустошения гнезда» (уход из семьи детей, смерть близких или супругов);
  - Состояние дискомфорта от замкнутого пространства
- и т.д.

Самым сильным стрессом для пожилого человека является одиночество. Оно может быть связано с отдельным проживанием более молодых членов семьи, с отсутствием родственников и друзей, психологические аспекты (изоляция). Особенно мучительным становится одиночество для долгоживущего человека. Впрочем, некоторые старики отгораживаются от мира самостоятельно, защищая таким образом свой мир от вторжения посторонних. Геронтологи отмечают, что жалобы на одиночество чаще исходят от пожилых людей, живущих с родственниками и не находящих с ними контакта. Это может быть связано с геронтофобией со стороны молодого поколения или враждебным чувствам по отношению к старым людям [2, 7, 9, 10].

Еще одной причиной стресса у пожилого человека является его экономическое положение в обществе [4, 5, 6]. Часто пожилые люди проживают отдельно от семей. Из-за этого им сложно справиться со своими проблемами. И если раньше за них отвечала семья, то теперь ответственность за стариков берут учреждения социальной защиты, а также, государственные и местные органы.

Другая проблема связана с желанием пожилого человека жить одному. Корень проблемы в невозможности адаптироваться к новому образу жизни молодого поколения. Решением такой проблемы станет изменение стереотипа и перестройка отношения к себе.

Отсюда можно сделать вывод, что психосоматические заболевания напрямую связаны с проблемами адаптации пожилого человека к новому статусу и его возрастным особенностям. А это значит, что для профилактики психосоматики у пожилых необходима комплексная терапия, сочетающая в себе не только медикаментозное лечение проявлений конкретного заболевания, но и наблюдение у психотерапевта, способного выявить психологическую сторону проблемы.

#### *Литература.*

1. А.Адлер, Практика и теория индивидуальной психологии. – М.: Прогресс, 1995. – 98 с.
2. М.В. Ермолаева, Основы возрастной психологии и акмеологии. – М.: Ось-89, 2011. – 414 с.
3. И.Г. Малкина-Пых, Психосоматика. Новейший справочник. – М.: Эксмо, 2003. – 992 с.
4. Д.Я. Райгородский, Психология старости. – М.: Байрах-М, 2004. – 736 с.
5. М.Е. Сандомирский, Психосоматика и телесная психотерапия. – М.: Издательство Класс, 2007. – 592 с.
6. Г.В. Старшенбаум, Психосоматика и психотерапия. – М.: Феникс, 2014. – 350 с.

7. Я. Стюарт-Гамильтон, Психология старения. – СПб, Питер, 2010. – 320 с.
8. В.В. Фролькис, Старение и биологические возможности организма. – М.: Печать по требованию, 2012. – 278 с.
9. К. Юнг, Проблемы души нашего времени. – М.: Академический проект, 2007. – 288 с.
10. К. Ясперс, Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.

### ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

**Кирсань С.А., Филиппова Л.А., Хяникяйнен И.В.**

*Медико-санитарная часть УФСБ РФ по Республике Карелия,  
г. Петрозаводск*

Социальные проблемы цереброваскулярных заболеваний определяют актуальность диагностики и лечения лиц с хронической ишемией мозга (ХИМ). В ряду психосоциальных предикторов ХИМ важную роль играет психо-эмоциональный стресс, при неадаптивной реакции на который у больных возникает синдром «эмоционального выгорания».

**Цель** – изучение эмоционального выгорания у лиц с ХИМ.

**Материалы и методы исследования.** Основную группу (ОГ) составили декретированные лица г. Петрозаводска (n=280; средний возраст 53,9±8,1 лет; гендерный индекс 1:1), имеющие верифицированную клиническую картину ХИМ первой стадии. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц (n=32), сходных с ОГ по половозрастному составу. Использовали методику диагностики уровня «эмоционального выгорания» В.В. Бойко, позволяющую оценить его фазу (I – «напряжение»; II – «резистенция»; III – «истощение») и выраженность симптомов (менее 10 – не сложившийся, 10-15 – складывающийся, более 15 б. – сложившийся симптом). В каждой из фаз была возможна оценка от 0 до 120 б. (менее 37 б. – не сформированная, 37-60 – формирующаяся, более 60 б. – сформированная фаза). Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета Statistica 6.0.

**Результаты и обсуждение.** Выяснили, что лица с ХИМ являются «эмоционально выгоревшими». Так, у них доминировала сформированная фаза «резистенции» (63,2±22,1 и 29,6±16,6) со сложившимися симптомами: «неадекватное эмоциональное реагирование» (18,7±5,4 и 6,6±1,3); «эмоционально-нравственная дезориентация» (16,6±6,5 и

7,2±3,5); «расширение сферы экономии эмоций» (16,0±5,1 и 5,2±1,9); «редукция профессиональных обязанностей» (16,8±8,2 и 4,6±1,2 б. в ОГ и КГ соответственно; p<0,05). Это значит, что у больных с ХИМ возникала выраженная социальная дезадаптация: соматогенная астения гиперстенического типа (вспышки агрессии). Фазы «напряжения» и «истощения» у лиц ОГ не имели самостоятельного диагностического значения.

**Вывод.** Больные с ХИМ характеризуются «эмоциональным выгоранием» со сформированной фазой «резистенции», что необходимо учитывать в комплексных программах медико-психологической реабилитации этих лиц.

### ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕТОДОЛОГИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Ковпак Д.В.**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
кафедра психологии и педагогики, Санкт-Петербург*

Помня о том, что методология, это учение о методах, методиках, способах и средствах познания, логично сосредоточить на этом направлении исследования когнитивной (познавательной) психотерапии. Это позволит не только вывести на новый уровень научную обоснованность этого ведущего направления современной психотерапии, но и помочь практикующим специалистам более четко ориентироваться в поле своей деятельности, качественнее формировать «мишени» терапии, этапы и схемы лечения [1, 2].

Методология, по одному из определений [3], является дисциплиной об общих принципах и формах организации мышления и деятельности, что комплементарно целям и задачам когнитивно-поведенческой психотерапии.

Методологию следует рассматривать в двух основных направлениях: теоретическую, формируемую разделом философского знания гносеология, и практическую, – ориентированную на решение практических проблем и целенаправленное преобразование. Теоретическая стремится к модели идеального знания, практическая же – это программа (алгоритм), набор приёмов и способов того, как качественнее достичь желаемой практической цели посредством знаний. Качество (успешность, эффективность) метода проверяется практикой, решением научно-практических задач – то есть поиском принципов достижения цели, реализуемых в комплексе реальных дел и обстоятельств.

Мы хорошо знаем классическую схему психологии деятельности: цель – мотив – способ – результат. Вашему вниманию предлагается следующая схема развития многоаспектного социопсихологического взаимодействия. Эта схема касается как предмета развития самой практической психотерапии, так и теорий лежащих в основании практики. В том числе и в первую очередь когнитивно-поведенческой психотерапии. Более того, подобная схема прослеживается и во взаимодействии диады психотерапевт – пациент. В данной статье тезисно будет представлено разъяснение этой схемы.

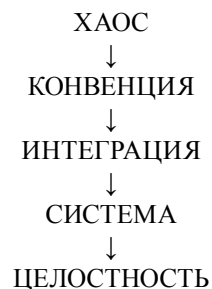


Схема 1. Динамика социопсихологического взаимодействия

**Хаос.** Донаучный период психотерапии или период до начала взаимодействия можно рассматривать в качестве хаоса, первичного состояния беспорядка и смешения. Хаос можно так же рассматривать как нелинейную динамическую систему, которая так же имеет свою детерминацию, внешне воспринимаю как беспорядочную. Психотерапия существовала и на донаучном этапе в качестве эмпирически обоснованных практик шаманов, целителей, пастырей и других разновидностей множества форм обыденной психологической практики и опыта ее применения. Пациент приходит к психотерапевту так же в состоянии хаоса, смятения и дезориентации. Его внутри и межличностные конфликты свидетельствуют о дезинтегрированности личности.

**Конвенция.** Конвенциональный этап взаимодействия характеризуется совместной выработкой общих терминов, понятий и принципов. Конвенция – это соглашение, в ходе которых достигается согласие в используемых средствах взаимодействия. Термины служат специализирующими, ограничительными обозначениями характерными для этой сферы предметов, явлений, их свойств и отношений. В отличие от слов общей лексики, которые зачастую многозначны (полипотентны) и несут эмоциональную окраску, термины в пределах сферы применения преимущественно однозначны и лишены экспрессии. Конвенция позволяет найти точки соприкосновения в теоретических конструктах и практической де-

ятельности, сформулировать правила взаимодействия, критерии оценки действий и их результатов, нормативы и правила. В сфере взаимодействия специалиста и пациента первоначально также формируется общий словарь, компендиум – сокращенное изложение основных понятий и правил самого взаимодействия, его этапов, целей и принципов. Конвенция с пациентом достигается техниками активного слушания, эмпатии, эксплорации, кларификации, сведения проблем, сократовского диалога и прочих.

**Интеграция.** Этап интеграции развивает сформированные конвенциями точки взаимодействия и формирует общее поле деятельности. Прояснение (кларификация) позволяет сформировать осознание используемых языков описания, их верификацию и объединение, что способствует дальнейшему развитию и закреплению достижению соглашений. В объединении психотерапевтических практик интеграция производится на основе взаимосогласования единых базовых принципов. В работе специалиста с пациентом методы осознания неадаптивных когнитивных, их кларификация и объективизация, реатрибуция, сократовский диалог, когнитивное переструктурирование позволяют преодолевать иррациональные суждения и соответствующие иррациональные установки (дисфункциональные отношения) пациента, что приводит к реинтеграции личности. Закрепление изменений формируется интеграцией когнитивных и поведенческих техник, направленных на осознанную выработку альтернативы дезадаптивному внутреннему и внешнему поведению на разных уровнях функционирования.

**Система.** В системном подходе все термины и понятия переработаны в едином ключе базовых принципов и методологической матрицы. Система представляет собой комбинацию взаимодействующих и взаимобуславливающих элементов, организованных с целью достижения поставленных целей. Одним из принципов и свойств системы является иерархичность – каждый компонент системы может рассматриваться как система; сама система также может рассматриваться как элемент некоторой надсистемы (суперсистемы). Человек представляет собой сложную открытую систему. Согласно гипотезе «семиотической непрерывности» система есть образ ее среды. «Семиотическая» непрерывность системы и среды распространяется и за пределы структурных особенностей систем. «Изменение системы есть одновременно и изменение её окружения, причём источники изменения могут корениться как в изменениях самой системы, так и в изменениях окружения. Тем самым исследование системы позволило бы вскрыть кардинальные диахронические трансформации окружения» [4]. На этом этапе работы психотерапевта с пациентом в совокупности рассматриваются факторы влияния внешней и внутренней среды, как биологической, психологической и

социальной их составляющих. В психологической сфере переработке и трансформации подлежат уже не только иррациональные установки, как убеждения промежуточного уровня, но и глубинные убеждения, включающие мировоззрение, базовые конструкты личности, я-концепцию, ведущие внутриличностные конфликты. Активно используются метапозиция, идентификация следствий и причинно-следственных связей, эмпирический, логический и прагматический диспуты. Формирование и тренировка альтернативы для расширения поведенческого репертуара и адаптации носит на этом этапе системный характер. На этапе системы появляется так называемый «системный эффект» – появление у системы свойств, не присущих элементам системы; принципиальная несводимость свойств системы к сумме свойств составляющих её компонентов (неаддитивность). Этот эффект получает свое наибольшее развитие на этапе целостности.

**Целостность.** Как бы не расчленяли исследователи человека и его жизнь на этапы, функции, состояния и процессы, многие из них мечтали о синтезе, разъятого и разобщенного человека в цельное существо. Холистический принцип подразумевает, что целое превышает возможности суммы его частей, что принципиально отличает этот этап от интеграции и даже системы. В отношении формирования единой психотерапии мы можем говорить скорее как о далекой перспективной цели. Так же как и в работе с пациентом целостность выступает своего рода маяком, чем облигатной задачей. А. Бек на мой вопрос о будущем когнитивной психотерапии, ответил, что в будущем он видит единую психотерапию с научно-обоснованным базисом, где система методов соответствует не только феноменологии расстройств, но и их системному генезу. В работе с психотерапевтом на данном этапе рассматриваются личностные и надличностные цели и формирование метапозиции, уже не как техники, а в качестве инструмента поддержания адаптивности и самоорганизации целостной системы. Целостность достигается системной реинтеграцией частей личности, дезинтегрированных внутриличностными конфликтами, а также заполнением дефицитов свойств личности, связанных с процессом воспитания и социализации.

#### *Литература.*

1. Брунер Дж. Психология познания: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1977. – 414 с.
2. Ковпак Д. В., Эволюция концепции когнитивно-поведенческой психотерапии. /Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины. Сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. академика И. П.Павлова. – СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2000. – С. 203–205

3. Методология: вчера, сегодня, завтра. В 3-х тт. ред. – сост. Крылов Г.Г., Хромченко М.С. – М.: Изд-во Школы Культурной Политики, 2005.
4. Виноградов В.А., Гинзбург Е.Л. Система, её актуализация и описание. В кн.: Системные исследования. Ежегодник. – М.: «Наука», 1971, 280с.

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОТНОШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПОДРОСТКОВ**

**Ковшова О.С.**

*ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,  
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

Ведущие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний – высокое эмоциональное напряжение, состояние хронического стресса необходимо своевременно учитывать в лечении и профилактике артериальной гипертензии/АГ/. При обследовании подростков у 33-42% регистрируется АГ, которая в дальнейшем в 17-25% случаев приобретает прогрессирующее течение, то есть у каждого третьего формируется ГБ.

В связи с чем в настоящем исследовании с позиции холистического подхода к болезни рассматривается взаимодействие комплекса клинических, социально-психологических факторов, участвующих в развитии АГ подростков

**Цель работы** – определить клинические и психологические факторы становления артериальной гипертензии в подростковом возрасте и разработать комплексную программу медико-психологической реабилитации этого контингента больных.

Проведено исследование клинических и социально – психологических факторов развития АГ подростков (197 подростков с артериальной гипертензией – основная группа, из них 94 – мальчика и 102 – девочки). Контрольную группу составили здоровые подростки – 100 человек (50 мальчиков и 50 девочек) с идентичными биологическими и социальными характеристиками. Исследование проведено на базе детского отделения Самарского Клинического кардиологического диспансера. Диагноз верифицирован в условиях стационара и соответствовал по «МКБ-10» шифру – I10I63- I10 – I15 – гипертензивная болезнь сердца, согласно классификации ВОЗ (1999) – Артериальная гипертензия I степени (мягкая) – II степени (умеренная).

В основной группе подростков с АГ преобладали 3 типа реакции в ситуации фрустрации, что позволило подтвердить кластерным анализом: 1 – необходимо-упорствующий интропунитивный

тип (27 девочек, и 24 мальчика); 2 – необходимо-упорствующий импульсивный тип 40 девочек, и 38 мальчиков; 3– самозащитный интропунитивный тип (35 девочек и 32 мальчика). В контрольной группе преобладал самозащитный экстрапунитивный тип реакции (50 девочек и 50 мальчиков.)

Клинические методы исследования – общие (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация сердца и магистральных сосудов; измерение показателей АД и ЧСС в динамике наблюдения). Методы функциональной диагностики: ЭКГ-обследование, ЭхоКГ, ВЭМ, суточное мониторирование. Параклинические методы исследования – общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови на сахар, общий белок и его фракции, СРБ, холестерин и липиды. Психологические методы исследования: Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга (Тарабрина Н.В., 1984). Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (Мельников В. М., Ямпольский Л. Т., 1985). Методика – «Анализ семейного воспитания» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990). Психодиагностический опросник «Тип отношения к болезни» (Карпова Э.Б., Вассерман Л.И., 1987). Патохарактерологический диагностический опросник (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1973).

Статистическая обработка психологических и клинических параметров проводилась с использованием унифицированного статистического пакета компьютерной обработки «Статистика-5,0-W»-«Корпорация STATSOFT», США, 2000. На I-ом этапе применялся кластерный анализ (метод Варда), на II-ом этапе – дискриминантный и факторный анализ.

Основные результаты исследования: у подростков с АГ определены значимые факторы психической адаптации в болезни с учетом кластерного анализа психологических характеристик – по направлению и типу эмоционального реагирования в ситуации фрустрации, что позволило всех подростков и опытной и контрольной группы представить в виде трех достоверно значимых поведенческих кластера ( $p < 0,001$ ). В таблице 1 представлена характеристика по направлению и типу эмоционального реагирования в ситуации фрустрации основной и контрольной группы.

Семейный анамнез подростков с АГ показал наследственную отягощенность по ГБ: у одного родителя в 37% случаев, у обоих родителей – в 19%, наличие ГБ во втором поколении – у 28%. У 32% подростков с АГ перед началом заболевания имело место эмоциональное напряжение или состояние хронического стресса: смерть или тяжелое хроническое заболевание у близких (11%), алкоголизм родителей (15%), неполные семьи (25%), развод родителей (42%).

Таблица 1.

Характеристика подгрупп (кластеров) обследуемых подростков ( $p < 0,001$ )

№	Образцы направлений и типов реакции
1 кластер	1) NP>ED>OD; 2) E>M>I; 3) i>e>m – у девочек 3) i>E>M'=e – у мальчиков
2 кластер	1) NP>OD>ED; 2) M>I>E; 3) i>M'>e – у девочек 3) M'>i>E – у мальчиков
3 кластер	1) ED>NP>OD; 2) I>M>E; 3) E>i>M'=m- у девочек 3) i>E>M – у мальчиков
Контроль	1) ED>NP>OD; 2) E>M>I 2) 3) E>M'>m

Анализ гемодинамических показателей у подростков с АГ выявил ряд особенностей. Значения ЧСС в основной группе, в первую очередь в 1-ом и 2-ом кластерах, достоверно выше, чем в контрольной ( $p < 0,05$ ). Систолическое и диастолическое артериальное давление у подростков основной группы независимо от кластера имеет достоверно более высокие цифры и находится в пределах 90-95 перцентилля. Гендерные различия выявляется только во 2-ом кластере. Показатель СДД (мм рт. ст.) выше в 1-ой (у мальчиков – 112,8\*1,34; у девочек – 110,8\*2,6;  $p < 0,05$ .) и 2-ой подгруппе (у мальчиков – 114,27\*1,12; у девочек – 107,06\*2,45;  $p < 0,05$ ).

Кластерный анализ психологических характеристик подростков с АГ по направлению и типу эмоционального реагирования в ситуации фрустрации позволил выявить достоверно значимые различия. Общим для подростков с АГ по сравнению со здоровыми является формирование неадекватного эмоционального ответа на фрустрацию, завышенными требованиями к себе, низкой фрустрационной толерантностью и социальной адаптацией (GCR). Во всех трех кластерах диагностировано увеличение «i» – «индекса психосоматизации».

Различия в «поведенческих» кластерах говорят о том, что наименее адаптивным является необходимо-упорствующий интропунитивный тип эмоционального реагирования, который имеет неадаптивные гемодинамические и психологические характеристики – низкую фрустрационную толерантность, социальную адаптацию (31,2%) и высокий индекс психосоматизации (31%).

Дискриминантный анализ выявил достоверно значимые факторы психической адаптации по тесту Р. Кеттелла, имеющие гендерные различия.

У девочек 1-ого кластера по сравнению с 3-им и контрольной группой – повышены факторы «гипертимии» O(+) и «эргонапряженности» Q4(+); снижены факторы: «слабости Сверх-Я» G(-), «социальности» Q2(-) что характеризует их, как тревожных, зависимых, с низким «супер-эго-контролем», безразличных к социальным требованиям, склонных к самообвинению.

У мальчиков 1 и 2-ого кластеров повышен фактор: «харри» I(+), что характеризует их как ранимых и эмоционально напряженных.

В 3-ем кластере определены низкие значения фактора O(-) и высокие значения по факторам G(+), Q2(+), что свидетельствует о уверенности, высокой активности, импульсивности, силе «сверх-Я». Подростки этой подгруппы обладают высокой социальной активностью, высоким самоконтролем и ответственностью.

Сопоставление полученных данных семейного воспитания по кластерам показывает, что наиболее неблагоприятно сочетание воспитательной неуверенности, отсутствие единого стиля воспитания, конфликтные отношения между родителями.

Исследование типа отношения к болезни у подростков основной группы показало преобладание сенситивного типа (48,6%), который встречается в различных комбинациях с анозгностическим (11%), эргопатическим (19,2%), ипохондрическим (9,4%), тревожным (10%). Гармоничным типом отношения к болезни был лишь у 23% подростков основной группы.

Эмоциональная типология личности подростков с АГ с использованием «критерия \*2» показала преобладание психастенических, лабильных черт в структуре характера в 1-ом и 2-ом поведенческом кластере. Во 2-ом кластере преобладают эпилептоидные черты характера более у девочек, а в 3-ем – лабильный тип (0,80), шизоидный (0,72) и эпилептоидный (0,68), гендерные различия не определены.

В результате исследования, определены общие неспецифические психологические факторы, определяющие психологическую дезадаптацию подростков с АГ: нарушение семейного воспитания по типу доминирующей гиперпротекции и воспитательной неуверенности, эмоциональная нестабильность, низкая фрустрационная толерантность, и высокий индекс психосоматизации, сенситивный и тревожный тип отношения к болезни.

Учитывая результаты психологического обследования подростков с АГ, составлена программа медико-психологической реабилитации. Программа направлена на нормализацию клинико-функционального состояния сердечно-сосудистой системы, стабилизацию эмоционального состояния, гармонизацию отношения к болезни и кор-

рекцию семейных и межличностных отношений. Программа медико-психологической реабилитации подростков с АГ на госпитальном этапе лечения состояла из 3-х этапов: I – подготовительный (диагностический и индивидуальная психотерапия), II – основной (индивидуальная и групповая психотерапия) и III – заключительный (оценка эффективности психологического сопровождения и психотерапии). Для проведения групповой психотерапевтической работы 1 и 2 поведенческие кластеры, имеющие необходимо-упорствующий интропунитивный тип эмоционального реагирования были объединены в единую психотерапевтическую группу, самозащитный интропунитивный тип – составил другую психотерапевтическую группу.

В работе использовался интегративный подход – приемы сомато-психической саморегуляции в сочетании с когнитивной коррекцией внутренней картины болезни, гармонизацией межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. В процессе психотерапии наблюдалась гармонизация типов отношения к болезни у 18 пациентов, снижение уровня дезадаптивных типов (сенситивного у 7 человек (14%) и тревожного у 5 (10%) и возрастанием эргопатического у 14 (29%) и анозгностического 10 (20%). Отмечалось достоверное снижение уровня сенситивного (с  $22,1 \pm 1,3$  до  $12,5 \pm 0,7$  баллов тревожного (с  $18,1 \pm 1,5$  до  $8,5 \pm 0,9$  баллов), ипохондрического (с  $15,2 \pm 1,2$  до  $10,3 \pm 0,6$  баллов) типов отношения к болезни.

Проведенное исследование показало, что при АГ подростков имеется перенапряжение адаптационных механизмов функционирования сердечно – сосудистой системы и выявляется психологическая и социальная дезадаптация. В связи с этим, комплексная программа медико-психологической помощи подросткам с АГ должна включать блок психологической реабилитации, направленной на снижение дестабилизирующих психологических факторов и служить основой профилактики становления гипертонической болезни взрослых.

#### *Литература.*

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002.- 560 с.
2. Арабидзе Г.Г. Диагностика артериальных гипертензий // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1999. – №3. – С. 116-118.
3. Билецкая М. П., Сидорова Ю. И. Мишени психологической коррекции больных гипертонической болезнью с учетом гендерных особенностей // Материалы VI международного конгресса «Психосоматическая медицина-2011» – Санкт-Петербург, 2011.– С327-328.



4. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: Справ. пособие / Под ред. В.Т. Кондрашенко. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.- 176 с.
5. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. –784 с.
6. Соколов Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца. – М.: Медицина, 1983
7. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.

### ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СОМАТИЗАЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Колесова Ю.П.

*ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

Соматизация аффективных расстройств, как часть общей современной тенденции к нарастанию удельного веса «психосоматических» заболеваний в медицинской практике, по-прежнему является актуальной темой для исследования.

Распространенность аффективных расстройств в общей популяции, по данным современных исследований, неуклонно растет, и составляет от 3% до 17%. Рост частоты депрессий обусловлен процессом урбанизации, расширением спектра так называемых «стрессогенных» событий. Эпидемиологические исследования, показали, что примерно у половины больных первичного звена имелись тревожные и депрессивные синдромы. В 30% случаев выявились клинические признаки депрессии, распространенность аффективных нарушений составила 45,9%. Частота генерализованного тревожного расстройства достигает 1,3% в популяции, а симптомы тревоги выявляются у 28-76% пациентов кабинетов общей практики.

Преобладающими пограничными психическими расстройствами, у пациентов первичного медицинского звена, являются субклинические, или соматизированные формы аффективных расстройств, принимающие т.н. «социально–приемлемые маски». Распространенность психосоматических расстройств, в континуум которых включаются соматизированные расстройства, соответствует 15-50% в общей популяции, и в общемедицинской практике – от 30 до 57%. Соматоформные

расстройства выявляются у 10-26% больных общесоматической сети, а соматизированного расстройства у 0,5%, до 8,0%. Соматизированным аффективным нарушениям, по данным зарубежных авторов, могут быть подвержены от 10 до 80% населения. Психосоматические, и, в частности, соматизированные расстройства, вызывают у врачей первичного звена затруднения в диагностике и терапии, становясь для пациентов своеобразным подтверждением соматического неблагополучия.

Необходимо отметить экономические расходы на клинические и параклинические исследования, для пациентов с соматизированными расстройствами, терапевтические мероприятия, потери рабочего времени врача, потери рабочих дней по нетрудоспособности и фактическую инвалидизацию части больных с соматизированными расстройствами.

Результаты исследований последних лет подтверждают трансформацию клинической картины аффективных и невротических расстройств, проявляющийся в «накоплении» атипичных, маскированных, соматизированных форм. Патогенетические механизмы развития соматизации на протяжении многих лет рассматриваются с различных позиций – особенностей когнитивно-аффективной организации личности, когнитивного стиля восприятия телесного чувства и ощущений: «сомато-сенсорное усиление или амплификация», алекситимии, проявлений ипохондрической фиксации, астении, концепции конверсионных процессов.

Частным случаем и ярким примером соматизации аффективных расстройств является головная боль напряжения.

Головная боль напряжения (ГБН) возникает, как правило, у пациентов до сорока лет. Среди таких пациентов преобладают женщины, работники интеллектуальной сферы, профессиональные условия которых сопряжены с длительным эмоциональным напряжением и снижением двигательной активности. У большинства пациентов с ГБН отмечается существенное снижение качества жизни, снижение социальной и сексуальной активности.

Актуальность данной проблемы не ограничивается медицинскими вопросами и представляет собой сложный медико-социально-экономический комплекс. На организацию помощи этой категории больных используется, по данным зарубежных исследований, около 20% средств, выделяемых на финансирование здравоохранения. В 43,6% случаев, у пациентов с головной ГБН снижалась трудоспособность, в 8,3% случаев наблюдалась потеря рабочих дней, около 6% пациентов с ГБН полностью теряют трудоспособность.

Практически у 90% больных с головной болью напряжения регистрируются аффективные, тревожные, невротические расстройства. Клинико-психологическое исследования пациентов с ГБН, указывают на

наличие изменений по тревожно – мнительному, паранойяльному, или демонстративному типам, недостаточно сформированных механизмов психологической защиты, а так же функциональной недостаточности антиноцицептивной системы. Значительную роль в формировании ГБН играют острый и хронический эмоциональный стресс. Непосредственная связь с острым или хроническим эмоциональным стрессом, которую в некоторых случаях удается верифицировать, со временем утрачивается, интенсивность болевого синдрома меняется в зависимости от актуальных механизмов психической адаптации.

Анализ имеющихся данных позволил предположить наличие у пациентов с ГБН несколько осевых психопатологических феноменов: депрессивные, тревожные расстройства и их соматизация. Процесс соматизации аффективных расстройств представляет собой непрерывный континуум, где интрапсихический конфликт формируется в системе психопатологической и патопсихологической реактивности стремящегося к гомеостазу организма, в ответ на повреждающее действие факторов острого или хронического эмоционального стресса. Адаптационный ответ зависит от преморбидных особенностей личности и сформированного образа болезни. Таким образом, потребность в восстановлении гомеостаза с одной стороны, и невозможность формировать адекватное реагирование, наличие факторов алекситимии и социального сопротивления, с другой обуславливают формирование феномена соматизации, как наиболее приемлемого способа выхода из конфликтной ситуации

Головная боль напряжения рассматривается как группа соматизированных аффективных расстройств, объединенная цефалгией, как ведущим синдромом, существующая в нескольких основных вариантах, формирование которых зависит от вида базового тревожного или депрессивного расстройства. Длительность воздействия стресса, структурные составляющие элементов интрапсихического конфликта, наличие социального сопротивления, оказывают влияние на клинические особенности соматизации, которая может развиваться по трем основным направлениям, с различной представленностью интрапсихических механизмов: соматизация тревоги (тревожный вариант ГБН), соматизация депрессии (депрессивный вариант ГБН) и хроническая соматизация, обусловленная наличием и функционированием интрапсихического конфликта (соматоформный вариант ГБН).

Тревожный вариант ГБН характеризуется наличием отдельных элементов интрапсихического конфликта. Формируется нозофобия, базирующаяся на актуальных для пациента, висцеральных проявлениях тревоги. Внутренний запрет на внешне проявление эмоций, игнорирование наличия психических нарушений, феномен нозофобии

способствует появлению витального страха, обуславливает предъявление призыва к помощи, актуализирует чувство вины. В этом случае соматизация становится средством адаптации, которое направлено на реализацию неотреагированных эмоций.

Для депрессивного варианта ГБН характерно наличие формирующегося интрапсихического конфликта. Доминирующий компонент патопсихологического комплекса – нозофобия, формализующая призыв к помощи для сохранения внутренней соматизированной картины болезни. Нозофилия неосознаваемая, находится в зависимых отношениях с чувством вины и проявлением его в виде направленной внутрь агрессии. Углубление депрессивного аффекта, на фоне отрицания психологических проблем, способствует хронизации боли.

Смешанный тревожно-депрессивный вариант ГБН характеризуется наличием в интрапсихической структуре конфликта с формирующимся нозофилическим симптомокомплексом, где чувство вины зависит от степени изменчивости фактора социального сопротивления. Этот клинический вариант можно рассматривать как переходный тип соматизации, где длительно текущая тревожная соматизация трансформируется в депрессивную.

Клинико-психологическая картина при соматоформном варианте ГБН определяется функционированием сформированного интрапсихического конфликта. Патопсихологический симптомокомплекс характеризуется усилением позиций периодически осознаваемой нозофилии. Нозофилия реализуется в виде синдрома отрицания психических расстройств или, преформированного в форму экстернализированной агрессии и экстрапунитивной позиции, чувства вины. Отрицание психических расстройств, поддержание соматизированной модели болезни позволяет усиливать микро- и макросредовой контроль, получать эмоциональную и социальную поддержку от окружения, что приводит к формированию «позитивного смысла болезни» или «выгоды от болезни», и объясняет наличие терапевтической резистентности, недоверие к проводимым диагностическим мероприятиям и блокирование психотерапевтической работы. В данном случае в качестве мишени психотерапии должны быть использованы структурные элементы интрапсихического конфликта, характерные для данного варианта ГБН.

В соответствии с выделенными вариантами ГБН предложен дифференцированный подход к терапии. Депрессивный вариант предполагает прием препаратов из группы антидепрессантов и нормотимиков. При тревожном варианте предпочтителен выбор анксиолитиков, антидепрессантов с преимущественным анксиолитическим действием.

В случае соматоформного варианта ГБН основным методом лечения является длительная психотерапия, направленная на разрешение интрапсихического конфликта, патопсихологические механизмы, способствующие формированию расстройства и, непосредственно головной боли напряжения.

Таким образом, сложная проблема интеграции соматоцентрированной медицины и пограничной психиатрии остается актуальной на сегодняшний день. Целесообразны дальнейшие исследования в области психосоматической медицины, направленные на создание типологии психосоматических расстройств, и дифференцированной системы биологического и психотерапевтического вмешательства.

## ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**Кувшинникова М.Б.**

*ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,  
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

В настоящее время внимание не только медицинской общности, но и всего общества в целом сосредоточено на проблеме преодоления высокой заболеваемости и низкой эффективности лечения пациентов с химической зависимостью, как недостаточно продуктивного реабилитационного звена в структуре оказания наркологической помощи. Особую сложность представляет процесс преодоления психологической зависимости, поскольку ее проявление может сохраняться десятилетиями и являться причиной рецидива [Менделевич В.Д., 2003, 2005; Кулаков С.А., 2014; Ковшова О.С., Кувшинникова М.Б., 2014].

Недостаточно изученными остаются психологические аспекты наркоманий, особенности осознания болезни наркозависимой личности, такие как – незрелость и недифференцированность «образа Я», неумение структурировать собственный опыт. Все это препятствует преодолению наркотической зависимости и ставит психологическую коррекцию представлений о себе на одно из главных мест в структуре клинико-психолого-социальных мероприятий по оказанию помощи лицам с наркотической зависимостью [1, 4]. Разработка и поиск эффективных психодиагностических и психокоррекционных технологий для психологической реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ востребовано и актуально.

В нашей работе проведено исследование психологических характеристик личности и «образа Я» для создания эффективной программы комплексного психологического сопровождения мужчин, страдающих наркотической зависимостью.

Предмет исследования: особенности «образа Я», уровень личностной зрелости и самоактуализации, ценностные ориентации мужчин молодого возраста, страдающих наркотической зависимостью.

**Цель работы** – разработать программу психологической коррекции для лиц молодого возраста с учетом выявленных психологических диагностических критериев наркозависимости в системе комплексной реабилитации наркозависимых.

Исследование проводилось на базе областного реабилитационного центра (ОРЦ) и областного наркологического диспансера г. Самара в период с 2008 по 2013 годы.

Основную группу составили 100 наркозависимых мужчин 18-35 лет, проходящих курс реабилитации в выше названных учреждениях, со средним стажем наркотизации 3,8 лет. Все испытуемые страдали полинаркоманией, с предпочтительным «наркотиком выбора» – героином.

Контрольную группу составили 100 здоровых лиц мужского пола, не имеющих жалоб, не состоящих на учете с каким-либо заболеванием. Основная и контрольная группы были гомогенны по возрастным показателям и социальному статусу.

В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики: Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (1950), Опросник личностной ориентации Э. Шострома, в модификации САТ (1963), Тест чернильных пятен Роршаха (1921), Проективный тест «Рисунок человека» К. Махвер (1946), Тест «Семейная социограмма» (Эйдмиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И. М. 2005), Методика «Ценностные ориентации» М. Рокича (1973).

Установлены психологические характеристики личности и «образа Я» наркозависимых мужчин, которые позволяют качественно интерпретировать бессознательные переживания личности, диагностировать особенности отношений и поведения, на основе которых можно обосновать психологические критерии – «мишени» преодоления наркотической зависимости. Самовосприятие и «образ-Я» наркозависимых мужчин имеет достоверно значимые отличия от здоровых ( $p < 0,05$ ). Наркозависимых мужчин отличает негативное самовосприятие, низкая способность дифференцированного восприятия и «пассивный» образ-«Я», чувство неполноценности и неразвитое глубинное-«Я», выраженный эгоцентризм и компенсаторный нарциссизм, как демонстрация

внешнего защитного «Я», слабое структурирование своего жизненного опыта и сниженная социально-психологическая адаптация.

Выявлена низкая степень личностной зрелости наркозависимых мужчин, преобладание неосознаваемых и вытесняемых примитивных влечений, слабость внутреннего контроля, что свидетельствует о незрелости всей потребностно-эмоциональной сферы личности; о нарушении телесного самовосприятия. Эмоциональная лабильность делает их податливыми и окружающая среда с легкостью влияет на их поведение. [2,3].

Анализ особенностей межличностных отношений мужчин с наркотической зависимостью выявил амбивалентное отношение к близкому социальному окружению: с одной стороны они испытывают высокую потребность в принятии, одобрении и любви, а с другой – не умеют устанавливать и поддерживать тесные межличностные отношения. Причиной этого является эгоцентризм, безусловный приоритет своих нужд и интересов, неспособность к эмпатии и самопожертвованию. Высокий уровень неосознаваемой и подавляемой внешней агрессии конфликтность отношений с матерью и отцом, возникающая на ранних стадиях социализации, является одним из механизмов нарушения формирования «образа Я», образования инфантильной позиции, симбиотической привязанности к определенным членам семьи.

Используя математический метод регрессионного анализа, можно получить включенную регрессионную модель достоверно значимых факторов наркозависимого поведения:

$$\text{Hprint}=0,061\text{C1}-0,110\text{Index}+0,034\text{A}-0,151\text{C}+0,101\text{G}+0,584,$$

где C1 -показатель цветовых ответов в тесте Роршаха;

Index – индекс ситуативного стресса в тесте Роршаха;

A-показатель аффективности по тесту Р. Кеттела;

C2- «слабость-сила Я» по тесту Р. Кеттела;

G – «супер-эго» по тесту Р. Кеттела.

Математическая регрессионная модель позволяет достоверно прогнозировать поведение наркозависимых мужчин по значению психологического параметра.

Таким образом, регрессионная модель наркозависимого поведения подтвердила значимые психологические критерии у наркозависимых мужчин: низкую способность дифференцированного восприятия и «пассивный» образ-«Я», чувство неполноценности и неразвитое глубинное-«Я», выраженный эгоцентризм.

Программа организации психологической и психотерапевтической помощи строилась традиционно, с акцентом на изучение индивидуальных особенностей – личностного потенциала (творческого и

коммуникативного), уровня личностной зрелости и самоактуализации, ценностных ориентаций наркозависимых, построения межличностных отношений и поведения наркозависимых.

Значимым диагностическим критерием успешности преодоления наркотической зависимости стал служить фактор «образа Я» по тесту Роршаха – фактор самовосприятия и самоосознания наркозависимых лиц.

«Программа психологического сопровождения наркозависимых мужчин» проводилась на всех этапах лечения и реабилитации.

Госпитальный этап проводился в стационаре закрытого типа, где проводилась активная детоксикация, симптоматическая терапия, купирование острого наркотического опьянения, снятие абстинентного синдрома). Параллельно, начиная со второй недели пребывания, после купирования острых проявлений абстинентного синдрома, расширяются мероприятия социальной и психологической реабилитации. На этом этапе лечения социальная реабилитация заключается в обеспечении занятости, досуга находящихся на стационарном лечении наркозависимых лиц.

Собственно коррекционная работа (индивидуальная и групповая) по формированию адаптивного паттерна поведения в ситуации, ранее вызывавшей привычную форму зависимого ответа с использованием техники гештальт-терапии, как усиление внимания к чувствам, работа с мечтами и фантазиями, работа по восстановлению границ, по завершению незаконченных «гештальтов». Целесообразно применение мышечной релаксации в группе, как реальное подтверждение возможности произвольно изменить свое состояние, не прибегая к наркотику. Уместны все формы арт-терапии – вербализации языка бессознательного в творчестве. Включение в группу поддержки с участием лиц, ранее успешно прошедших курс терапии;

Групповые формы психологической коррекции включали работу с эмоциями (обучение адекватным способам эмоционального реагирования и контроля над эмоциями, повышение уровня фрустрационной толерантности); изменение паттерна поведения (конформности, самооценности, способов взаимодействия с окружающими); формирование новой системы ценностей, обучение навыкам построения временной перспективы, распознавания различных состояний «Я»;

Таким образом, программа психологической помощи строилась с акцентом на изучение индивидуальных особенностей, как значимых и достоверно выявленных психодиагностических диагностических критериев наркозависимого поведения в системе комплексной реабилитации на основе регрессионной модели, подтверждающей значимые пси-

хологические критерии у наркозависимых мужчин: низкой способности дифференцированного восприятия и «пассивного» образа-«Я», чувства неполноценности и неразвитого глубинного-«Я».

#### *Литература.*

1. Комплексная медицинская (психотерапевтическая) модель реабилитации пациентов с химическими и нехимическими формами аддикций, расстройствами личности, а также членов их семей. (Кулаков С.А., Береза Ж. В., Корчагина Е.К.) // Психическое здоровье №1 – 2014 – с. 16 – 21
2. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность? 14-17 мая 2014. – Ковшова О.С., Кувшинникова М. Б. «Комплексное психологическое сопровождение мужчин, страдающих наркотической зависимостью»
3. Менделевич, В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). / В.Д. Менделевич. – М.: Медпресс-информ, 2003. – 265 с.
4. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения. / В.Д. Менделевич. – СПб.: Речь, 2005.

### **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ**

**Кудрявцева С.В., Ершова С.К.**

*Восточно-Европейский Институт Психоанализа,  
Санкт-Петербург*

Сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных аутоиммунных заболеваний нашего времени. В настоящее время принято говорить об «эпидемии» СД. Данная проблема – проблема государственного и мирового значения. В настоящее время на нашей планете насчитывается около 366 млн. больных СД (7% населения всего мира). По компетентным оценкам распространенность СД будет только увеличиваться [2, с. 6]. По всему миру, в том числе и в России, после принятия резолюции ООН в 2006 г. реализуются национальные программы по предупреждению, лечению и профилактике сахарного диабета.

На начало 2012 года в России по данным Государственного регистра было зафиксировано 316 603 случая заболевания инсулинозави-

симым сахарным диабетом (ИЗСД или СД 1 типа) и более 3,2 миллионов больных с диагнозом сахарный диабет 2 типа, т.е. в 11 раз больше. За период с 2000 до 2012 гг. рост численности больных происходит в основном за счет увеличения количества больных диабетом 2 типа. При этом стоит отметить, что распространенность ИЗСД среди детей, подростков и взрослых все же выросла с 2000 года в среднем на 17,5% [2, с. 14-15]

Рост статистики не следует драматизировать, есть несколько факторов, которые следует принимать во внимание при ее оценке:

- Реализация национальных программ по борьбе с диабетом, достижения в области развития медико-лабораторной техники привели к тому, что сделали доступными для ежедневного несложного использования высокотехнологичные приборы (прежде всего, приборы для измерения уровня глюкозы в крови – глюкометры), что отчасти объясняет рост случаев раннего выявления диабета любого типа.

- Снижение уровня смертности и увеличение средней продолжительности жизни пациентов. В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе (2012 г.) [1, с. 42] отмечается, что в Европейском регионе за период 1995-2010 гг. уровень преждевременной смертности от диабета снизился на 25% – до 4 случаев на 100 000 населения, а также выросла средняя продолжительность жизни. В России средняя продолжительность жизни при СД 1 типа увеличилась к 2012 г. на 3,8 года, при СД 2 типа – на 2,3 года.

Но эпидемический характер заболевания ИЗСД не следует отрицать. Каждые 10-15 лет общее число больных удваивается. Помимо главного фактора риска – генетической предрасположенности, есть другие, влияющие на увеличение статистики, например изменение структуры питания, прежде всего, жителей городов, усиление психоэмоционального напряжения в связи с общественно-политическими потрясениями или изменениями в семейной жизни, признаваемые неоднократно как провоцирующие факторы для развития диабета.

Долгое время люди не имели возможности и средств бороться с этой болезнью. Диагноз «сахарный диабет» не оставлял пациенту никакой надежды не только на выздоровление, но и на жизнь. Первый лекарственный препарат инсулина появился сравнительно недавно, менее 100 лет назад, в конце 1922 года. Синтезом инсулина мир обязан канадскому ученому Фредериду Бандингу и сотрудникам его лаборатории, получившим Нобелевскую премию за это открытие. С тех пор, нельзя переоценить достижения в области медико-технического обеспечения лечения больных с ИЗСД, классифицировать эти достижения, безусловно, можно только как колоссальный прорыв. 14 ноября (день рождения Ф. Бандинга) объявлен ООН Всемирным днем борьбы с диабетом.

В настоящее время многие больные, находящиеся на постоянной заместительной инсулинотерапии, могут адекватно контролировать свое состояние и самостоятельно вносить изменения в лечение, основываясь на результатах ответственного многократного определения уровня сахара в крови в течение дня специальным прибором – глюкометром. Больные, часто определяющие концентрацию глюкозы в крови для подбора дозы инсулина, могут сравнительно легко достигать нормального уровня сахара в крови. Компенсации ИЗСД, еще недавно так трудно дававшейся пациентам, способствует использование высококачественных инсулинов длительного или короткого и ультракороткого действия, а также в случаях лабильного или тяжелого течения СД – использование помпы – специального портативного устройства для впрыска инсулина в течение 24 часов. Подобные успехи медицинской промышленности и повышение уровня грамотности пациентов, безусловно, создают основания для того, чтобы их образ жизни практически не отличался от образа жизни здоровых людей.

С 1970 года официально зафиксировано более 4000 общемировых примеров, когда пациент с диагнозом инсулинозависимый сахарный диабет преодолевает границу стажа заболевания в 50 лет, все эти люди, безусловно вдохновляющие своим примером «вновь прибывших», награждены Медалью Джослинского центра Диабета «За 50-летнюю победу над диабетом» (Бостон, США). В России, по крайней мере, 7 человек уже награждены этой медалью, и поиск таких людей продолжается. В 1996 году Джослинский центр учредил новую номинацию – медаль за 75 лет жизни с диабетом, с 1996 года она была вручена 65 человекам, а в мае 2013 года была учреждена награда за 80 лет жизни с диабетом, пока ее получил 1 человек. [4]

Вопросы социально-психологической адаптации и коррекции патологических реакций на болезнь, психологической коррекции личностных особенностей и разработка мер по психотерапевтической поддержке больных с данным диагнозом в течение ряда лет находятся в поле зрения актуальной научной и практической психологии. Возможно, не всегда в этих исследованиях учитывается технико-медицинский прогресс, о котором речь шла ранее. По-прежнему тон многих исследований на тему социальной адаптации и личностных особенностей скорее пессимистический, авторы, получив достоверно не отличающиеся результаты пациентов от показателей условно здоровых по шкалам психологических методик, интерпретируют их предельно осторожно или вовсе игнорируют.

В Восточно-Европейском институте психоанализа за последние 3 года было проведено несколько научных исследований, посвященных различным аспектам личностных особенностей, самоотношения, межличностных взаимодействий и социальной адаптации пациентов с диагнозом ИЗСД.

В одном из них в очередной раз показано, что для больных ИЗСД характерна сниженная степень устойчивости к стрессу. Но при описании структуры взаимосвязей между психологическими характеристиками достоверно показано, что чем более у диабетика представлено наличие совладающих со стрессом механизмов, тем в большей степени его структура «Я» – функций (по Г. Аммону) приближена к таковой у здорового человека.

В другом исследовании при изучении ведущего типа межличностных взаимодействий (по Т. Лири) было показано, что ими являются альтруистический и дружелюбный, похожие результаты были получены и в группе здоровых. Достоверное различие зафиксировано по более представленному в группе больных диабетом подозрительному типу, хотя он не ведущий. Повышенная настороженность или даже осторожность – это особенности, по всей вероятности, жизненно необходимые человеку с таким заболеванием, который для поддержания высокого уровня включенности в жизнь должен контролировать множество внешних и внутренних факторов.

Еще в одном из исследований, проведенном в ВЕИПе, было показано, что у больных ИЗСД высокий уровень социально-психологической адаптации взаимосвязан с эргопатическим типом отношения к болезни. Все чаще в современных исследованиях удается проследить явную положительную связь между хорошим гликемическим контролем и высоким качеством жизни пациентов, а также эргопатическим отношением к болезни, отражающим направленность человека на активную жизнь, что приводит к снижению субъективной значимости болезни и в то же время позволяет контролировать заболевание. [3]

Подобные исследования, безусловно, востребованы практической медициной, заинтересованной в поисках факторов, способствующих увеличению качества жизни пациентов.

Успехи участников процесса борьбы с диабетом с разных сторон (пациентов, их близких, врачей-эндокринологов, производителей медико-лабораторной техники) должны больше, чем раньше учитываться психологической практикой при внесении практических рекомендаций в программы курсов типа «Школа диабета» и других форм групповой работы с людьми, имеющими это, на сегодняшний день считающееся неизлечимым, заболевание.

#### *Литература.*

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012: Курс на благополучие. – Европейское региональное бюро ВОЗ. 2013 г. – 168 стр.
2. Результаты реализации подпрограммы «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с соци-

ально значимыми заболеваниями» 2007-2012 годы»/ Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой – Москва, 2012. – 144 стр.

3. Шишкова Ю.А., Мотовилин О.Г., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. «Гликемический контроль, качество жизни и психологические характеристики больных сахарным диабетом 1 типа» - Научно-практический журнал «Сахарный диабет», №4 2013г.

4. Joslin Medalist Program Background: [Электронный ресурс] – Режим доступа : <http://www.joslin.org/medalist/background.html>

### **ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Кудрявцева С.В., Ершова С.К.**

*Восточно-Европейский Институт Психоанализа,  
Санкт-Петербург*

Сахарный диабет (СД) является глобальной медико-социальной проблемой, так как относится к числу наиболее распространенных заболеваний в мире. Еще 20 лет назад численность больных СД в мире не превышала 130 млн. человек. В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 366 млн. больных СД (7% населения всего мира), причем около 50% всех больных диабетом приходится на наиболее активный трудоспособный возраст 40–59 лет. К 2030 г., по прогнозам Всемирной Диабетической Федерации данным заболеванием будет страдать около 552 миллионов человек [4, с.6].

В большинстве стран количество заболеваний составляет в среднем 1,5-3% от общего числа населения при снижении уровня смертности и увеличении средней продолжительности жизни мужчин и женщин, больных диабетом [2].

Не смотря на значительное количество исследований, посвященных инсулинозависимому сахарному диабету (ИЗСД), недостаточно изученным остается собственно психологическое содержание переживаний пациентов, их индивидуальных стратегий адаптации к ситуации болезни, роли различных вариантов реагирования на болезнь в отношении медицинского и психосоциального прогноза.

При изучении соматопсихического аспекта зависимостей между психическим и соматическим в центре внимания могут находиться:

- закономерности многоуровневого отражения заболевания в психике больного;

- особенности формирования личности и системы ее ценностных ориентаций в ситуации хронической болезни;

- трудности адаптации, высокий уровень тревожности, замкнутость, сдержанность, недоверчивость;

- переосмысление ценности здоровья и духовных ценностей; изменение системы отношений) и т.п.

Также, на компенсации патологических проявлений сахарного диабета сказываются следующие психологические факторы:

- особенности характера индивидуума (тревожно-мнительные черты в сочетании с прямолинейностью, обязательностью, принципиальностью и ригидностью, раздражительность, угнетенность с фиксацией на мелких обидах),

- неблагоприятные внешние влияния в форме перенапряжения и психических потрясений,

- влияние длительного медикаментозного лечения.

- повышенная возбудимость и истощаемость нервных процессов, лабильность вегетативной нервной системы

- ослабление активного внимания, снижение памяти на текущие события, отвлекаемость.

Вместе с тем, при давности заболевания более 5 лет отмечается снижение остроты переживаний, но направленность личностных характеристик не изменяется [1].

В научной литературе указывают на наличие у больных СД 1 типа трех основных типов реакции на болезнь.

1) Первый – эргопатический тип преобладает у пациентов молодого возраста и предполагает бегство от болезни в работу. Человек продолжает трудовую деятельность, работает еще с большим усердием, планируют лечебные процедуры так, чтобы они не мешали трудовой деятельности.

2) Второй тип – тревожный: больные проявляют чрезмерное внимание к своему заболеванию, сопровождающееся повышенной тревогой и обеспокоенностью.

3) Третий тип – дисфорический, проявляется в эмоциональной неустойчивости и раздражительности [3].

**Целью проведенного исследования** было уточнение взаимосвязей между отношением к болезни, личностными особенностями и уровнем социально-психологической адаптации у больных ИЗСД. В исследование принимало участие 30 человек: 15 мужчин и 15 женщин, имеющих диагноз ИЗСД. Средний возраст испытуемых – 25 лет. Стаж заболевания – более 5 лет. Большинство (23 человека) оценивали состояние своего здоровья как удовлетворительное. Использованы следующие

методики исследования: Фрейбургский личностный опросник (FPI), методика «Диагностика социально-психологической адаптации личности» (СПА) (К. Роджерс, Р. Даймонд), методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни – ТОБОЛ. Проводился сравнительный анализ встречаемости типов отношения к болезни в группах с различной адаптацией, а также корреляционный анализ между исследуемыми психологическими параметрами.

Все испытуемые были разделены на группы: с высоким показателем адаптации ( $>50\%$ ,  $128,4 \pm 24,7$ ) и со средним уровнем адаптации ( $<50\%$ ,  $89,2 \pm 14,3$ ). Сравнительный анализ между группами с различным уровнем адаптации показал достоверные различия по всем шкалам опросника СПА, при  $p \leq 0,05$ .

Почти все показатели шкал личностного опросника FPI находились в пределах средних значений в обеих группах. Вместе с тем, результаты в группе со средней адаптацией, приближены к верхней границе нормативных значений – по шкалам невротичность (6,8) и раздражительность (6,1) и достоверно отличны от результатов, полученных в группе с высокой адаптацией ( $p \leq 0,05$ ). Можно утверждать, что больные из группы со средней степенью адаптации в большей степени склонны к непостоянству, уклонению от выполнения обязанностей, враждебному отношению к окружающим, чем пациенты с высокой адаптацией. Они имеют ниже порог возбудимости и повышенную чувствительность, тревожность, возбудимость в сочетании с быстрой истощаемостью.

Сравнительный анализ встречаемости типов отношения к болезни показал, что в группе респондентов с высоким уровнем адаптации представленность эргопатического типа (38%) достоверно выше ( $p \leq 0,05$ ), чем в группе со средней адаптацией (6%). Вместе с тем, встречаемость тревожного типа отношения к болезни у пациентов со средней степенью адаптации был выявлен у 50% респондентов, а в группе с высокой адаптацией только у 7% ( $p \leq 0,05$ ). Диффузный тип отношения к болезни, характеризующийся одновременным присутствием разнонаправленных реакций, был выявлен у 31% респондентов из группы со средней адаптацией, что свидетельствует о сложности характера ВКБ, проявляющейся в разнообразных эмоционально-негативных переживаниях и фрустрированностью актуальной ситуацией.

Для оценки взаимосвязи исследуемых параметров был проведен корреляционный анализ в общей группе испытуемых. Была выявлена значимая прямая взаимосвязь адаптивности и эргопатического типа отношения к болезни (0,77), а также обратная взаимосвязь данного типа и дезадаптивности (-0,52). Также, эргопатический тип отношения к болезни прямо взаимосвязан со шкалами принятия себя (0,56) и приня-

тие других (0,67) и обратно взаимосвязан с эмоциональным дискомфортом (0,62). Тревожный тип отношения к болезни прямо взаимосвязан с дезадаптивностью (0,72), раздражительностью (0,78) и обратно с адаптивностью (-0,73).

В настоящем исследовании установлено, что ведущими тенденциями в личностном реагировании на заболевание пациентов с высоким уровнем адаптации являются снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» болезни, проявляющееся возможными нарушениями рекомендуемого режима, «уходом» в работу. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют.

Наиболее характерным типом отношения к болезни из числа испытуемых со средней адаптацией является тревожный тип, который появляется в непрерывном беспокойстве о течении болезни и ее последствиях. Для данного типа отношения к болезни характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в тенденции к развитию дезадаптивного поведения: реакция по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии.

Полученные результаты расширяют представления о психологических механизмах адаптации к ситуации жизнеугрожающего заболевания и могут учитываться при разработке программ психологического сопровождения лечения больных, страдающих сахарным диабетом.

#### *Литература.*

1. Безбах В. Н. Стратегия лечения и особенности клиники психических расстройств и психосоциальных проблем у больных сахарным диабетом. Социально-психиатрические аспекты сахарного диабета. // Международный эндокринологический журнал 2005. №1(1)
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012: Курс на благополучие. – Европейское региональное бюро ВОЗ. 2013 г. – 168 стр.
3. Новикова И.А., Мулькова Н.Н., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете 1 типа и ее зависимость от психологических особенностей больных. // Проблемы эндокринологии. 2006. №3. – С. 3-7.
4. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» 2007-2012 годы// Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой – Москва, 2012. – 144 стр.



## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Курбатова Е.Г.

*ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,  
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

**Аннотация.** Публикация посвящена преимуществам использования проективных техник, в частности теста Роршаха, позволяющих диагностировать постстрессовые расстройства у ветеранов боевых действий, преодолевать сопротивление пациентов, раскрывать личностные характеристики необходимые для организации их реабилитации.

*Ключевые слова:* *постстрессовые расстройства у ветеранов, посттравматическое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, психотравма у ветеранов, исследования посттравматического стрессового расстройства, тест Роршаха.*

В настоящее время в фокусе внимания психиатров, психотерапевтов, клинических психологов оказываются ближайшие и отдалённые реакции человеческой психики на экстремальные травмирующие ситуации. Характеризуясь сверхсильным воздействием, требуя от индивида экстраординарных усилий по совладанию, они могут вызвать у перенесшего их состояние травматического стресса – появление нарушений адаптации в диапазоне от острого стрессового расстройства до стойкого посттравматического расстройства личности [4, 5].

Для нашей страны чрезвычайно актуальна проблема «боевых» постстрессовых нарушений адаптации. Необходимость совершенствования медико-психологической реабилитации участников боевых действий (УБД) определяет направления исследований в этой области, среди которых важнейшими являются поиск методов и критериев диагностики, особенностей клиники и терапии, оснований для прогнозирования возникновения и дальнейшего развития постстрессовых состояний.

В мировой психологической практике разработан и используется комплекс специально сконструированных методик, узконаправленных на выявление диагностических признаков постстрессовых расстройств и их количественную оценку, эти методики не охватывают всего спектра изменений, в то время как психическая травма оказывает воздействие на структуру личности, затрагивая все ее компоненты, от мировоззрения до образа «Я» [6]. Важным является и тот факт, что все выше упомянутые психодиагностические инструменты являются опросниками, что может негативно отражаться на объективности получаемых с их помощью данных.

Избежать этого позволило бы применение в качестве инструментов диагностики постстрессовых состояний проективных методик, получивших широкое распространение в клинической практике благодаря высокой чувствительности их мало дифференцированного стимульного материала даже к скрытым психопатологическим особенностям, а также в связи с их способностью минимизировать сопротивление пациента [2].

Среди проективных методик тест чернильных пятен Роршаха является одним из самых информативных методов объективной психологической диагностики и в настоящее время за рубежом широко используется в рамках Интегративной Системы Экснера (Exner Comprehensive System), превращающей его мощную стандартизованную методику получения разносторонней валидной информации о различных аспектах психической деятельности человека [1].

**Целью нашего исследования** стало выявление комплекса параметров психической и социальной дезадаптации лиц, страдающих «боевыми» постстрессовыми нарушениями адаптации, для оптимизации оказания психологической помощи УБД.

Исследование проводилось на базе «Центра медицинской и медико-психологической реабилитации участников боевых и контртеррористических действий и членов их семей» Самарского Областного клинического госпиталя для ветеранов войн. В ходе исследования применялись психобиографический метод, метод наблюдения и клинической беседы, Миссисипская шкала для выявления «боевого» посттравматического стрессового расстройства, тест чернильных пятен Г. Роршаха. Результаты были проанализированы с помощью методов математической статистики. Всего было обследовано 140 мужчин, принимавших участие в боевых действиях на территории Чеченской республики во время срочной службы в период с 1995 по 2001 год, из числа которых в основную группу исследования вошли 86 человек, страдающих постстрессовыми нарушениями адаптации, в контрольную – 54 хорошо адаптированных УБД.

По данным теста Роршаха у лиц, страдающих «боевыми» постстрессовыми нарушениями адаптации, в отличие от «хорошо адаптированных» ВБД выявлены: более выраженная склонность к интеллектуальной ригидности и стереотипии мышления ( $\uparrow\%A$ ), ограничительный проблемно-решающий стиль, выраженная тенденция к упрощенному восприятию реальности с игнорированием значимости отдельных ее элементов, скрытых аспектов и нюансов межличностных отношений, что снижает эффективность адаптации ( $L > 0,99$  при  $R = 17,27$ ); повышенный уровень актуального психологического дистрес-

са, неустойчивая эмоциональность, повышенная возбудимость, трудности импульс-контроля ( $FC < CF + \text{pure } C$ , негативные D score и Adj D score, низкое значение Aft, почти полное отсутствие ответов, детерминированных ахроматическим цветом ( $C'$ ) при большем, чем у хорошо адаптированных, количестве ответов, детерминированных глубиной (V) и светотенью (Y) ( $p < 0,01$ )); высокие значения индекса травматического содержания (Trauma Content index=0,36); детерминирование поведения ситуативно-актуализирующимися потребностями; более высокое значение индекса изоляции (Isolation index=0,25) ( $p < 0,01$ )); положительные комплексные индексы копинг-дефицитарности (CDI) и сверхбдительности (HVI).

УБД, не имевшие нарушений адаптации постстрессового характера, характеризовались высоким произвольным интеллектуальным контролем над проявлением эмоций ( $F+ > 80\%$ ,  $FC > \sum C$ ), подчиненностью поведения достижению отдаленных целей и детерминированностью его устойчивой системой социальных ценностей ( $FM > 2M$ ).

#### **Выводы.**

1. Тест Роршаха позволяет раскрыть патогенетические механизмы формирования «боевого» посттравматического стрессового расстройства и возможные механизмы компенсации.

2. Учет результатов проведенного исследования позволит оптимизировать оказание психологической помощи УБД, страдающим посттравматическими нарушениями адаптации, выявленные факторы посттравматической психической дезадаптации УБД могут быть использованы в качестве мишеней психокоррекционного воздействия.

#### *Литература.*

1. Ассанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. – М., 2011.
2. Белый Б.И. Тест Роршаха. – СПб, 2002.
3. Еремина Т.И., Крюкова Н.П., Логинова Ю.Ю. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях. – М., 2002.
4. Пушкарёв А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. – М., 2000.
5. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний. – СПб, 2003.
6. Callhan R.J. Thought Field Therapy and Trauma. Phd. Indian Wells, Ca 1996.

## **ВОСПРИЯТИЕ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА ЖЕНЩИНАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА**

**Малафеевский И.С., Захарова М.Л.**

*ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России,  
факультет клинической психологии, Санкт-Петербург*

Психическая активность больного, познание своего заболевания, отношение к нему и к самому себе в условиях болезни может отражаться на состоянии больного, определять динамику болезни и эффективность лечения. Исследование восприятия собственного тела у женщин с сахарным диабетом, а также психологическая работа, направленная на снижение психоэмоционального напряжения, связанного с неудовлетворенностью собственным телом, может способствовать более эффективному функционированию человека и более благоприятному течению болезни.

С целью исследования восприятия собственного тела женщинами с сахарным диабетом II типа на базе Федерального центра сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова с помощью теста «Цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом» (САРТ О. Вуле, С. Ролл), Гиссенского Личностного Опросника (в адаптации Е.А. Голынкиной) и опросника «Шкала дисфункциональных отношений» (ШДО А. Бека, А. Вейсмана в адаптации М.Л. Захаровой) были обследованы 20 женщин с сахарным диабетом II типа от 30 до 48 лет (средний возраст 38 лет) и 20 относительно здоровых женщин от 30 до 47 лет (средний возраст 36 лет). Сравнительный анализ полученных данных проводился с помощью критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ – по методу Спирмена.

В результате проведенного исследования было выявлено, что женщины с сахарным диабетом II типа имеют высокую степень неудовлетворенности собственным телом и отдельными его частями, а относительно здоровые женщины в целом удовлетворены своим телом и принимают его. В группе женщин, страдающих сахарным диабетом, большое влияние на неудовлетворенность телом оказывают в высокой степени выраженные дисфункциональные отношения, особенно по типу катастрофизации, долженствования в отношении себя и долженствования в отношении других, и склонность к повышенному контролю и настойчивости в достижении целей (шкала контроля ГЛО).

Относительно здоровые женщины, напротив, продемонстрировали низкую степень неудовлетворенности телом и значительно меньшую выраженность когнитивных искажений, между которыми также была установлена статистически достоверная взаимосвязь.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Мостовая Л.И.

*ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,  
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

Псориаз и атопический дерматит – хронические мультифакториальные дерматозы, развивающиеся вследствие генетической предрасположенности, нейрогенных, иммунных, обменных и психологических нарушений. Характерными для кожных заболеваний являются их внешняя заметность для окружающих и часто тягостная симптоматика в виде кожного зуда. Эти особенности, возникая на фоне психического неблагополучия, в свою очередь, оказывают негативное влияние на психическое состояние человека, создавая замкнутый круг.

Н. Кочергин и коллеги (2011) приводят данные европейских исследователей, согласно которым у среднестатистического больного атипическим дерматитом бывает более 9 обострений заболевания, вследствие чего суммарно обострения занимают более 1/3 года; за это время больной проводит примерно 67 бессонных ночей. По мнению японского дерматолога Н. Kimata, суицидальные мысли «посещают» больного при тяжелых обострениях в 20% случаях [1].

Психическая патология нередко способствует дезадаптации дерматологических пациентов и существенно снижает ответ на стандартную дерматологическую терапию, – отмечает С.Р. Утц (2012). Нозогенные реакции детерминированы рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, включающих объективные параметры дерматоза: высокую субъективную значимость соматического страдания; тяжесть симптомов дерматоза, снижающих качество жизни, создающих ограничения в социальной и профессиональной сфере [3]. Л.А. Лусс (2010) пишет, что в течение последних двадцати лет в психосоматике разрабатывается новый подход, направленный на сближение общей медицины, психологии и психиатрии. Сейчас психические факторы рассматриваются как одна из причин заболевания наряду с другими. В фокусе внимания исследований патогенеза находятся вопросы взаимовлияния, взаимосвязи психогенных и соматогенных механизмов. Кроме того, стало исследоваться влияние атопического дерматита на психическое состояние больных с выделением соматогенных психических расстройств. Отмечается взаимосвязь между обострением атопического дерматита и ухудшением психического состояния, а ухудшение психического состояния приводит к утяжелению течения соматического заболевания [2].

В связи с этим лечение кожных заболеваний без привлечения специалистов психологического, а порой и психиатрического профиля является длительным и, в ряде случаев, малоэффективным. Немаловажным является исследование психологического компонента дерматологической патологии и его учет при разработке программы психокоррекции состояния больных.

Исследование проводилось на базе отделения дерматовенерологии Клиник СамГМУ и в областном кожно-венерологическом диспансере в феврале-апреле 2014 года. Группу исследования составили 40 больных псориазом и атопическим дерматитом в возрасте от 20 до 45 лет, проходящих лечение в связи с обострением заболевания. В ходе работы были использованы следующие методы исследования: Торонтская алекситимическая шкала (Дж.Дж. Тейлор и соавт, 1985); Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., 1995); Копинг-тест (Р. Лазарус, С. Флокман, 1984); Тест оценки качества жизни (SF-36).

Исследование алекситимии показало, что сформированная неспособность осознавать и выражать свои чувства и эмоции отмечается у 50% испытуемых, 35% характеризует сниженная способность или затрудненность в вербализации эмоциональных состояний, а 15% способно легко выражать собственные эмоции, опознавать и описывать то, что они чувствуют.

Анализ личностной тревожности показывает, что у 57,5% обследуемых выявлен высокий уровень тревожности, у 42,5% – уровень тревожности имеет среднее значение. В основном отмечается повышение тревожности по субшкалам «эмоциональный дискомфорт» и «астенический компонент тревоги». Исследование ситуативной тревожности показало повышение астенического компонента. Таким образом, пациенты с псориазом и атопическим дерматитом переживают выраженный эмоциональный дискомфорт, связанный с неприятными кинестетическими ощущениями, и астению в связи с нарушениями сна в период обострения заболевания.

Наиболее часто выбираемым стратегиями поведения пациентов с псориазом и атопическим дерматитом являются бегство-избегание (67,5%), поиск социальной поддержки (35%) и самоконтроль (32,5%). Исследованные больные атопическим дерматитом и псориазом, предпочитали избегать стрессовых ситуации из-за неспособности осознать и разрешить проблемы. Стратегия поиска социальной поддержки говорит о нехватке внутренних ресурсов личности для самостоятельного решения проблемы и желании переложить ответственность на других людей. Стратегия самоконтроля предполагает трудности

выражения переживаний, потребностей и побуждений в связи с проблемной ситуацией.

Изучение качества жизни показало, что наименее удовлетворенными сферами у пациентов являются ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (снижено у 52,5%), жизненная активность (снижено у 27,5%), социальное функционирование (снижено у 25%). У больных с кожными заболеваниями значительно ограничиваются социальные контакты, снижается уровень общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. У данных пациентов могут быть депрессивные, тревожные переживания, которые свидетельствуют о психическом неблагополучии.

Таким образом, у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом отмечаются неспособность понимать и вербализовать свои эмоциональные переживания, повышенная личностная и ситуативная тревожность с преобладанием компонентов эмоционального дискомфорта и астении, склонность к эскапизму (бегству от решения проблем), стремление переложить свои проблемы на других людей, выраженный самоконтроль и снижение качества жизни за счет проблем в области ролевого и социального функционирования, снижения жизненной активности.

В соответствии с данными, полученными в результате проведенной психодиагностики, можно говорить об психокоррекционной работе по следующим направлениям:

- 1) облегчение выражения эмоции;
- 2) ощущение принадлежности к группе;
- 3) самораскрытие;
- 4) апробация новых способов поведения;
- 5) научение конструктивному общению в группе.

Таким образом, рецидивирующее хроническое течение псориаза и атопического дерматита часто сопровождается психологическими нарушениями. Постоянно повышенный уровень тревоги, нарушение функционирования в качестве активного члена общества, изменение качества жизни подчеркивают необходимость применения в лечении больных не только традиционных медикаментозных методов, но и психологической коррекции. Лечение пациентов должно быть комплексным, учитывающим все патогенетические звенья в развитии заболевания.

#### *Литература.*

1. Кочергин Н., Мельниченко А., Билалова У. Качество жизни и приверженность к лечению при атопическом дерматите // Вrach. – 2011. – №13. – С. 74-77.

2. Лусс Л.А. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции // Доктор.ру – 2010. – № 2 (53). – С.55-59.

3. Утц С. Р., Моррисон А. В., Давыдова А. В. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 2. – С. 664–667.

### **ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ТОП-МЕНЕДЖЕРОВ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ «НАДЕЖНОСТЬ» HR**

**Натаров (Александров) В.И.**

*Курсы повышения квалификации центра «комплексная защита информации» (ИПК некоммерческого фонда ветеранов Северо-Западного отделения ФСБ РФ)*

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) или слабость механизмов психологической защиты (9). Поэтому развитие адаптивности топ-менеджеров является, одновременно, и методом профилактики ПСР (2), и формой развития психосоматической надежности человека (2; 3; 9) и HR (как профессионального здоровья менеджера; Никифоров Г.С., 2013).

Научно теоретические, методологические подходы и методические основы решения проблемы человеческих ресурсов (HR), которые использовались в нашей работе, являются комплексными, характерные для Санкт-Петербургской школы психологии, психотерапии и заложенные в трудах Бехтерева В.Н., Ананьева Б. Г., Мясичева В.Н., Никифорова Г.С. (Б.Г. Ананьев, 1980; Г.С. Никифоров, 2006) и других последователей этих ученых.

Современные исследования взаимосвязи профессиональной деятельности и ряда соматических болезней показали, что руководители фирм, собственники, юристы, адвокаты в восемь раз чаще страдают от инфаркта миокарда и других психосоматических расстройств, чем представители других профессий (4; 5), что определяет актуальность проведенного исследования, с позиции психосоматической надежности, как профессионального здоровья руководителей (6).

Во-вторых, актуальность проведенного исследования заключается в том, что в современных организациях, работа первых лиц на 80-90% определяют как результативность работы организации в целом, так и потенциал HR, в частности (морально психологический климат, самочувствие и состояние здоровья подчиненных).

Другими словами, профилактика ПСЗ у топ-менеджеров на 90% определяет профессиональное здоровье и, следовательно, «психосоматическую надежность» персонала организации в целом (Никифоров Г.С. и другие, 2006).

Объектом исследования были директора крупных организаций города Петербурга, которые обучались на курсах повышения квалификации или консультировались по вопросам психологии менеджмента и методам эффективного управления человеческими ресурсами своей организации – более 350 человек в возрасте от 22 до 70 лет и выше.

Концептуальной основой проведенного исследования были гипотезы, что организационная культура определяет результативность, а корпоративная культура – эффективность профессиональной деятельности персонала организации (В.И. Натаров 2000; В.И. Александров 2011). И, что, соответственно, недостатки организационной культуры проявляются, как профессиональная деформация кадров, а недостатки корпоративной культуры – как профессиональное выгорание персонала, что, в целом, способствует возникновению психосоматических расстройств и снижает надежность HR. И, что профессиональная зрелость руководителя определяется его адаптивным стилем управления (П. Михненко, 2007) по формированию зрелых корпоративной и организационной культуры в подопечной ему организации.

**Предметом исследования** была выбрана профессиональная зрелость руководителя, как основа профилактики психосоматических заболеваний и надежности человека.

Научно теоретические, методологические подходы и методические основы решения проблемы надежности человеческого фактора, HR и профессионального здоровья, которые мы используем в нашем исследовании, – наиболее глубоко разработаны в трудах Никифорова Г.С. и его последователей.

Самой актуальной проблемой в сфере надежности HR – это профессиональное здоровье человека (персонала, трудовых ресурсов) на всех уровнях его организации – от биологического, как индивида и до идейно-нравственного, как мировоззрения конкретной индивидуальности или представителя определенной профессиональной и национальной культуры, группы, социального класса, бизнеса, профессии и должности в конкретной организации, ее отдела или группы, бригады (Никифоров Г.С., 2006).

Развитие человека Б.Г. Ананьев и его последователи рассматривают как единый процесс взаимодействия биологического и социального, результатом которого является формирование индивидуальности, что соответствует динамической концепции психосоматических расстройств.

Основной гипотезой исследования было предположение, что развитие профессиональной зрелости топ-менеджера является основой для профилактики психосоматических заболеваний. В условиях профессиональной деятельности – это профессионального выгорания и деформации личности руководителя.

И, что, соответственно, недостатки организационной культуры проявляются, как низкий уровень развития механизмов биологической адаптации к среде и, следовательно, как профессиональная деформация менеджера.

А недостатки корпоративной культуры – как низкий уровень социальной адаптации к внешней среде и, соответственно, как профессиональное выгорание – как самого руководителя, так и подчиненного ему персонала.

**Методы исследования** определялись целями и задачами каждого из этапов исследования: консультирование, наблюдение, анализ проблем и конфликтов руководителей, анкетирование, тренинги, анализ поведения в сложных ситуациях, факторный анализ и другие.

Полученные данные показывают, что у 92% руководителей, которые принимали участие в исследовании, наблюдались явления профессиональной деформации или выгорания личности, которые сопровождались различной симптоматикой ПСР.

Подчеркнем, что уровень профессиональной зрелости почти прямо соотносится с уровнем управленческих компетенций и с такими качествами руководителя, как уверенность, адекватность и стрессоустойчивость самооценки, гибкость поведения в конфликтных ситуациях (В.И. Александров 2010).

Анализ данных показывает, что профессиональная зрелость руководителя (ПЗР), как форма профилактики профессионального выгорания и деформации личности, проявляется, во-первых, в качествах интеграции основных сфер жизнедеятельности Топ-менеджера: (1) здоровье физическое, (2) качество взаимоотношения с близкими, родными – эмоциональное, психологическое здоровье; (3) профессиональная карьера или социальное здоровье; (4) морально-этические ценности, которые определяют мировоззрение, смысл и значение всех основных сфер жизнедеятельности руководителя.

Во-вторых, проявляется в ориентации на постоянное самообучение и самовоспитание руководителя. Которые, в-третьих, на уровне возглавляемой руководителем организации проявляются как делегирование руководителем своих полномочий своим заместителям – «снятие» стресса ответственности, что и определяет, в-четвертых, формирование адаптивного типа руководства HR (Михненко П., 2008)

В-пятых, профессиональная зрелость руководителя проявляется в стремлении создать зрелые организационную и корпоративные(11). Когда зрелость организационной культуры определяется ее соответствием законодательной базе и справедливостью с позиции персонала организации. А зрелость корпоративной культуры определяются, в основном, законами командообразования: доверия, честности, порядочности – психологическими законами взаимодействия менеджера с окружающей средой.

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 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 выгорания и даны ссылки на источники, в которых описаны промежуточные итоги исследования и методические основы выбора методов профилактики ПСЗ, включая особенности их использования в практике психологического консультирования, психотерапии, тренинга, коучинга:

1 – на уровне индивида, – психофизиологический аспект выгорания, который определяется, в основном, возрастно-половыми и индивидуально типическими 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 соответствующую метод работы с ним, например, Аутогипнотренинг (В.И. Натаров, 1986).

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 здесь 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.

Технологии создания этих субкультур, предполагается рассмотреть на конференции В качестве основных выводов проведенного исследования можно утверждать:

1. Развитие профессиональной зрелости является основным средством сохранения эффективной профессиональной деятельности и профилактики профессиональной деформации, выгорания личности руководителя (12).

2. Качество и содержание развития профессиональной зрелости менеджера определяются интеграцией основных сфер его жизнедеятельности (7).

Другими словами, предметом развития профессиональной зрелости менеджера, как формы профилактики психосоматических расстройств и повышения надежности HR организации должны быть одновременно минимум четыре сферы, уровней организации человека (систем его ценностей, Александров В.И.; 2013):

(1) здоровье (психофизиология, психотерапия, стресс-менеджмент);

(2) психология общения (социально- психологические тренинги (5): эффективные контакты, тренинги переговоров, принятия решений);

(3) профессиональное развитие и самообучение (профессиональные сообщества, издания, ассоциации, тренинги профессиональных навыков);

(4) самовоспитание как определение общественного, государственного смысла и значения своей профессиональной деятельности (миссия организации, стратегия развития компании и так далее).

3. Аутогипнотренинг (8), Стресс и тайм-менеджмент являются эффективными методами профилактики психосоматических заболеваний менеджеров, посредством развития биологическим механизмов адаптации личности менеджеров

4. Социально психологические тренинги, тайм менеджмент, психоаналитическое и психотерапевтическое консультирование менеджеров развивает механизмы адаптации менеджеров к окружающей среде.

5. На основе теорий когнитивного изменения поведения человека, разработана, опубликована и широко используется в практике развития надежности человеческого ресурса методика «Рационализации состояния сознания» (10). Результатом применения этой методики для консультирования является формирование у топ-менеджеров адаптивного типа руководства персоналом и HR (Михненко П., 2008)

#### *Литература.*

1. Натаров В.И. Адаптивность и ее развитие у студентов в процессе совмещения производственно-учебной деятельности. Автор. на соиск. уч. степ. канд. пс. наук. Л., 1988.
2. Натаров В.И., Немчин Т.А. Нервно-психическое напряжение и психопрофилактика состояния здоровья студентов. Психологический журнал. 1988, Т.9, №3, с.87 – 92.
3. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов. Автореф. соиск. уч. ст. докт. пс. н., СПб. 1998.
4. Александров А.А. Аналико-катартическая терапия: от теории к практике. Учебное пособие. СПб, Изд. СЗГМУ И.И. Мечникова, 2012. 91 с
5. Натаров В.И. Влияние курса социально-психологического тренинга на самооценку «Я-образа». Психологический журнал. Т.11. №5, 1994 с.89- 104.
6. Аронсон Эллиот. Общественное животное. СПб. 1999

7. 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.

8. Натаров В.И. Аутогипнотренинг (метод психической саморегуляции). Психологический журнал. Т.8. №6, 1987, с.105 – 109.

9. Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику (искусство психологической защиты). СПб. 1997.

10. Натаров В.И. Развитие акмеологической адаптивности в социокоррекционной, психотерапевтической и консультативной работе (Методика рационализации состояния сознания). // Журнал практического психолога. 2000. №10 -11. С. 72 – 87

11. 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.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВЫБОРА ПАЦИЕНТАМИ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ**

**Нелюбина А.С.**

*МГУ им. М.В. Ломоносова, факультет психологии,  
Москва*

Эффективность медицинской помощи и лекарственных препаратов зависит не только от ее объективной доступности населению и ресурсов здравоохранения государства, но и от ряда субъективных, психологических факторов (например, готовности пациента вовремя обратиться за медицинской помощью и следовать лечебным назначениям – комплаентным поведением или высокой приверженностью лечению).

В современных медицинских исследованиях акцент делается на изучении факторов, влияющих на приверженность лечению: от пола пациента до социально-экономического благополучия. В плане воздействия, в медицинских работах используется поведенческая модель терапии – пациенту либо угрожают негативными последствиями его «неправильного поведения» (перечисляются осложнения болезни, плохой прогноз, вероятность летального исхода); либо используют положительное подкрепление «правильного» поведения пациента, связанного с болезнью (medical behavior). В школах здоровья (или «школах пациентов») участники информируются врачом или социальным работником о

необходимости лечения, о профилактических мероприятиях, о режиме, диетах и т.д. Но выходя из-под непосредственного контроля врача, значительная часть пациентов постепенно перестает выполнять медицинские предписания. Это происходит потому, что знания, полученные в «школе» не мотивируют поведение пациентов.

Современные зарубежные психологические исследования факторов, опосредующих выбор стратегии лечения, опираются, во-первых, на теорию социальных представлений, в рамках которой выделяются и описываются распространенные в популяции социальные представления о болезни и здоровье, «имплицитные модели болезни». Коррекция неадаптивных представлений при таком подходе направлена на разъяснение их несостоятельности и объяснение правильного, научного представления о лечении. Значительное количество работ выполнено в другом подходе – в рамках теории самодетерминации, при котором исследователи выявляют типы выбора (принятия решения) в стрессовой ситуации – рисковое поведение, репродуктивное, или отказ от выбора. Указанные типы выборов – стилевые характеристики человека, которые почти не меняются в течение жизни, поэтому их можно только учитывать при прогнозе комплаентности.

Но нам следует помнить, что человек без медицинского образования в ситуации болезни вынужден принимать решения в области, в которой он не является экспертом, где он чувствует себя некомпетентным и, даже, несмотря на усилия врача (и подписанное информационное согласие), недостаточно информированным. Более того, обыденное сознание, которым человек пользуется для решения повседневных задач, хотя и оперирует научными терминами и концепциями, все же далеко от научного; обыватель представляет болезнь и процесс лечения огрублено, конкретно, наглядно, заимствуя из других областей науки и повседневного опыта понятные ему элементы. Обыденное сознание, по мнению Е.В. Улыбиной, по своей структуре ближе к мифологическому, чем к научному, и обладает схожими с первыми характеристиками.

На наш взгляд, выход из положения в проблеме низкой приверженности в соматической клинике следует искать в не директивном подходе к коррекции представлений о болезни и лечении, который сглаживал бы действие психологических защит, мотивировал бы пациента к выполнению медицинских предписаний, делая процесс лечения более понятным и предсказуемым.

Для решения этой задачи мы предлагаем использовать семиотический подход к восприятию человеком ситуации болезни. Опираясь на семиотическую концепцию внутренней картины болезни (Тхостов, 2002; Тхостов, Арина, 1991), которая описывает механизм мифологизации телесных проявлений болезни через их двойное означивание (сна-

чала, путем соотнесения со схемой тела, локализацией, определением интенсивности, модальности, и, далее, через формирование собственно концепции болезни, в терминах болезненной сущности). С точки зрения семиотического подхода, любая субъективная концепция болезни (и лечения) мифологична по своей структуре. Предлагается использовать разделяемый пациентом миф болезни и лечения в качестве «обертки», в которую «помещается» содержание лечения – конкретные лекарственные препараты и другие медицинские предписания.

Рассмотрим основные, выявленные нами в выборке пациентов с ИБС (стенокардия напряжения), нуждающихся в гипотензивной и гиполипидемической терапии, неадаптивные представления о болезни и лечении. А также опишем эффективные на наш взгляд способы мифологизации болезни и использования механизма метафоры для коррекции неадаптивных, препятствующих эффективной терапии, стратегий лечения и продуцирования адаптивных.

Так, например, идея очищения, разделяемая большинством пациентов, может реализовываться через использование БАДов, реклама которых обещает полное «очищение сосудов от холестериновых бляшек», а может – в виде гиполипидемической терапии, если ее действие будет понятно пациенту на обыденном уровне.

Идея насыщения, питания уже широко используется в рекламе кардиологических препаратов, содержащих калий и магний (например, слоган одного из таких препаратов: «питание для сердца», а другого – «насыщает сердце калием и магнием»).

Схожей с предыдущей, является распространенная в выборке идея восстановления или защиты (не только сосудов, но и нервной системы) от «перегрузок», «плохой экологии», «негативных переживаний». Весьма подходящей под этот «миф» будет психофармакологическая терапия (назначаемая при сопутствующих тревоге или депрессии), а также информация о необходимом режиме физических нагрузок или диеты.

Также мы предлагаем использовать метафоризацию лечения. В силу особенностей восприятия болезни и особенностей обыденного сознания пациент без медицинского образования понимает действие лекарств и другие медицинские назначения примитивно: «лекарство от давления», «лекарство, снижающее давление». Соответственно, пациент в те дни, когда его давление не повышено или повышено незначительно может, нарушая предписания врача, не пить гипотензивный препарат/ты. Возможно, следует заменить формулировку «снижение давления» на метафору «ограничителя», который действует, пока он находится в крови, и перестает действовать при прекращении приема лекарства. Особенно часто приверженность терапии снижается у хронических больных, пол-



ное выздоровление которых невозможно. Так, пациенты с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в гипотензивной и гиполипидемической терапии должны принимать лекарства ежедневно на протяжении всей оставшейся жизни. Психологически это означает для них, конец «прежней» жизни, и что здоровье недостижимо. В результате действия психологических защит, психически здоровый, когнитивно сохранный пациент соматической клиники может существенно нарушать предписанную терапию, устраивать, так называемые, «каникулы» от лекарств, не соблюдать медицинские предписания относительно режима, диеты и т.д., что может приводить к осложнениям течения заболевания и преждевременной смерти. Поэтому, возможно формулировка «лечение будет продолжаться всю Вашу оставшуюся жизнь» может быть заменена на «поддерживающее лечение, которое поможет сохранить качественную жизнь, пока оно продолжается».

Реализации кратко описанного выше семиотического подхода к коррекции неадаптивных представлений о болезни и лечении, посвящена разработанная автором, школа здоровья для больных с сердечно-сосудистыми расстройствами. Мы предполагаем, что в результате «мифологизации» и «метафоризации» процесса лечения ситуация болезни станет для пациентов более понятной (пусть на уровне обыденного сознания, в огрубленном, наглядном, конкретном виде) и более предсказуемой (за счет инструментов контроля болезни: домашний тонометр, дневник самонаблюдения, пошаговые инструкции действий при гипертоническом кризе и т.д.), что поможет снизить риск неадаптивного поведения в ситуации болезни, повысит приверженность лечению и, как следствие, эффективность этого лечения.

*Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ 14-56-00035*

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ И ДИСГАМИИ ПОЛОВЫХ ОТНОШЕНИЙ**

**Николаева Н.В.**

*Академия Сферы Социальных Отношений,  
кафедра клинической и консультативной психологии, Москва,  
Научно-информационный центр А.Р.Т., Санкт-Петербург*

Понятие сексуальной гармонии и сексуальной адекватности имеет тесную взаимосвязь с психосоматическим компонентом. Дисгамия (*dysgamia*) – дисгармония половых отношений между партнерами, вызывающая половую неудовлетворенность, выступающая одной из причин

возникновения неврозов. Сексуальная гармония – взаимная адаптация партнеров, характеризующаяся определенным уровнем полового влечения и половой активности, который соответствует половой конституции и темпераменту обоих партнеров. Сексуально-поведенческая адекватность партнеров является важным условием сексуальной гармонии.

Одной из наиболее частых причин нарушения сексуально-поведенческого компонента сексуальной гармонии является несоответствие сексуальной мотивации. В зависимости от преобладания у человека той или иной мотивации можно выделить следующие типы сексуальных партнеров: гомеостабилизирующий – половое поведение строится на создании спокойствия и комфорта с таким расчетом, чтобы сексуальные вопросы не отвлекали от выполнения других задач, более высоко оцениваемых; игровой – гармонично сочетает в себе романтические и сексуальные элементы, в половой акт вносятся элементы игры, выдумки, фантазии; шаблонно-регламентированный тип – устанавливает определенный постоянный стандарт полового акта; генитальный – характерен для лиц интеллектуально сниженных, которые не видят разницы между половым влечением и половым возбуждением, считая его достаточным основанием к действию.

К причинам сексуально-поведенческой дезадаптации можно также отнести несоответствие выбора позы и отсутствие действий, способствующих оптимизации заключительного периода. Возникновению дисгамии может способствовать неодинаковая степень исходного возбуждения половых партнеров к началу половой близости. Иногда в возникновении дисгамии может играть роль угасание сексуального интереса вследствие необычайного однообразия половых отношений. Применение техники прерванного полового сношения (*coitus interruptus*) в качестве средства предохранения от беременности также может являться причиной дисгамии (при прерванном половом сношении больше половины женщин (67%) не испытывают оргазма).

К основным видам дисгамии, выступающим фактором формирования сексуальных дисфункций, относится социально-психологическая дезадаптация. Социально-психологическая дезадаптация партнеров – нарушение межличностных связей с тенденцией к негативным эмоциональным реакциям по отношению друг к другу. Причинами этого вида дезадаптации являются: несоответствие взаимных чувств любви и уважения; наличие черт характера одного из партнеров, негативно воспринимаемых другим; несоответствие взглядов, интересов, морально-этических установок; несоответствие ролевого поведения и направленности личностных тенденций каждого из партнеров; несоответствие материально-бытового состояния семьи запросам каждого из них. Наиболее характерным

выражением данного проявления дисгармонии является снижение либидо и расстройства оргазма у обоих партнеров. Реже отмечаются изолированные снижение либидо, эрекции или эякуляции у мужчин и аноргазмия у женщины. Сексуальные дисфункции носят избирательный характер и проявляется только в отношении партнеров.

Другой вариант сексуальной дисгармонии – дезинформационно-оценочная дисгамия. Дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии может быть обусловлен отсутствием у партнеров сексуального опыта и необходимых знаний. Развитие этого варианта носит подострый характер и не сопровождается нарушением половой функции. Наблюдается лишь снижение настроения до и после полового сношения. Неправильное поведение партнеров во время полового акта, неумение добиваться взаимного полового удовлетворения иногда из-за неопытности, недостаточного знакомства с физиологией половой жизни или чрезмерной стыдливости является одной из наиболее частых причин дисгамии, приводящей к неврозам.

Следующий вид – дисгамия в результате нарушения сексуальной функции. Сексуальная дисгармония вследствие расстройств сексуальной функции у одного из партнеров характеризуется развитием разнообразных форм невротического реагирования на проблему. Вторичные невротические реакции могут оказать отрицательное воздействие на половую функцию, замыкая таким образом «порочный круг» факторов, усугубляющих имеющееся половое расстройство.

Клинические проявления неврозов, возникающих на почве дисгамии (дисгамических неврозов, по А.М. Свядощу), многообразны. Могут быть неврастенические, тревожно-фобические, обсессивные, истерические, ипохондрические и депрессивные состояния.

Таким образом, внешне одинаковые проявления нарушений половой функции имеют различные причины. Необходимо понимать, что помимо психогенных, соматических (органических) и сочетанных вариантов сексуальных дисфункций, существуют специфические психосоматические сексуальные дисфункции. В связи с чем, для эффективного вмешательства надо четко представлять структуру сексуального нарушения и учитывать все психологические компоненты.

#### *Литература.*

1. Бочанова Е.В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева - М., 2013
2. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии – М., 2012
3. Николаева Н.В. Общество. Сексуальность. Сознание. – СПб, 2012
4. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение – СПб, 2013

## **РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ТЕЧЕНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ**

**Паснешвили Т.М., Железнякова Н.М.**

*Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина*

По данным ВОЗ в настоящее время более 1,5 миллиарда людей имеет избыточную массу тела, при этом треть из них страдает ожирением. В таком случае, довольно часто ожирение выступает в качестве составляющего звена коморбидной патологии при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, среди которых определенное место принадлежит бронхиальной астме (БА). Основным моментом психоэмоциональных расстройств таких больных является синдром удущья, его выраженность, длительность и частота возникновения.

**Цель работы:** оценить психоэмоциональное состояние больных бронхиальной астмой и ожирением.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением был 31 пациент с БА, протекающей на фоне ожирения (основная группа) и 24 osoby с изолированной БА (группа сравнения). В исследование использовали стандартизированный неспецифический опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) – 36 вопросов, которые отображают разные аспекты жизни пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** Сопутствующее ожирение достоверно ухудшало качество жизни больных БА по шкалам: «физическое функционирование» (47,7±3,2 баллов против 59,9±3,2 баллов в группе сравнения (t=2,982; p<0,01)), «ролевое физическое функционирование» (32,1±3,1 баллов против 49,3±4,1 баллов соответственно (t=3,346; p<0,002)), «общее состояние здоровья» (42,1±3,1 и 54,1±3,8 баллов соответственно (t=2,293; p<0,05)) и «ролевое эмоциональное функционирование» (39,7±4,1 баллов и 56,0±4,3 баллов в группе с изолированной БА (t=2,758; p<0,01)). Данные изменения отображались в угнетении физической активности больных: затруднениями в выполнении обязательных повседневных физических нагрузок. При этом больные основной группы отмечали увеличение времени, необходимого для проведения определенного рода занятий и неудовлетворенность полученным результатом. Треть больных с БА и ожирением отмечали эмоциональную лабильность, частую смену настроения, депрессивные состояния, отсутствие положительных эмоций на позитивные моменты жизни.

**Выводы.** Таким образом, изменение психоэмоционального состояния у больных БА и ожирением происходит в результате взаимодействия как основного заболевания, так и сопутствующего коморбидного состояния. Выявленные нарушения необходимо использовать при формировании и оценке лечебно-реабилитационных программ данных больных.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рагозинская В.Г.

ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет»,  
кафедра специальной и клинической психологии, г. Челябинск

**Актуальность** данного исследования обусловлено широкой распространенностью язвенной болезни (ЯБ) в России и в мире и изменением структуры заболеваемости ЯБ: в последние десятилетия существенно возросла частота гастральных локализаций язвенного дефекта, которые прежде выявлялись значительно реже дуоденальных язв [3]. Раннее выявление ЯБ затруднено ее сложным этиопатогенезом, в котором наряду с относительно простыми внешнесредовыми воздействиями (нарушения питания, вредные привычки и др.) и моногенными факторами, обуславливающими наследственное предрасположение к ЯБ, важную роль могут играть особенности личности и актуального психического состояния [1]. В ряде исследований выявлены личностные особенности больных ЯБ, отличающие их как от здоровых лиц, так и от больных с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта [1; 5], описаны психологические характеристики больного на разных стадиях язвенной болезни [2]. Однако специфические особенности личности больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до конца не изучены. В частности, практически не исследована система базисных убеждений больных с ЯБ о мире и о себе, между тем, именно она во многом определяет восприятие и оценку индивидом жизненных событий как безопасных или угрожающих и обуславливает его эмоциональные реакции на них [4].

**Цель исследования** – изучить взаимосвязь эмоциональных состояний и базисных убеждений при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

**Группы испытуемых и методы.** В исследовании приняли участие 71 пациент с ЯБ в возрасте 20-50 лет. Среди них:

- 40 больных с ЯБДПК (28 женщин и 12 мужчин; средний возраст – 31,3±10,0), в т.ч. 39 человек с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, 1 человек с постбульбарной язвой;

- 31 больной с ЯБЖ (14 женщин и 17 мужчин; средний возраст – 32,5±12,9), в т.ч. 14 человек с язвой в районе малой кривизны, 11 человек с язвой задней стенки желудка, 6 человек с препилорической язвой.

Контрольную группу составили 71 здоровый испытуемый в возрасте 20-50 лет (средний возраст – 31,6±10,9 лет), в том числе 41 женщина и 29 мужчин.

**Методы исследования:** «Шкала депрессии» В. Зунга, «Шкала тревожности» Ч. Спилбергера, «Шкала агрессивности» Ч. Спилбергера, Торонтская шкала алекситимии, «Опросник выраженности психопатологических симптомов» «SCL-90-R». Методы математико-статистического анализа: критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

**Результаты.** По данным сравнительного анализа (см. таблицу 1) у больных ЯБЖ и ЯБДПК значимо выше, чем у здоровых лиц, показатели реактивной и личностной тревожности, депрессии, алекситимии, аутоагрессии, соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, фобической тревожности, враждебности, паранойальности, психотизма. При этом у больных ЯБЖ значимо выше, чем у больных ЯБДПК, показатели алекситимии, соматизации, депрессии, враждебности, психотизма (для всех  $p \leq 0,01$ ), паранойальности ( $p \leq 0,05$ ).

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа показателей эмоциональных состояний

Сравниваемые параметры	ЯБЖ	ЯБДПК	здоровые
Реактивная тревожность	47,77±9,52**	45,33±7,97**	37,10±7,07
Личностная тревожность	52,55±9,78**	46,48±10,90**	38,26±6,58
Тревожность (шкала SCL-90-R)	1,41±0,86**	0,89±0,76**	0,32±0,27
Депрессия (шкала Зунга)	46,10±8,83**	40,38±8,02**	35,02±5,34
Депрессия (шкала SCL-90-R)	1,52±0,70**	0,96±0,64**	0,48±0,29
Алекситимия	75,16±9,69**	63,83±9,86**	57,60±8,29
Агрессивность-состояние	12,77±5,05**	11,12±2,54	10,65±2,11
Агрессивность-свойство	19,48±8,78	19,78±6,20*	17,67±4,37
Агрессивность-проявление темперамента	7,42±3,52	8,55±3,43	7,32±2,42
Агрессия-реакция	8,16±2,32	8,75±3,16	7,94±2,29
Аутоагрессия	16,81±5,19**	15,20±4,65**	12,21±2,76
Гетероагрессия	16,10±4,47	16,20±4,90*	14,64±3,03
Контроль агрессии	21,19±5,80	20,28±6,34	21,72±3,87

Соматизация	3,55±11,24**	1,08±0,64**	0,37±0,30
Обсессивность-компульсивность	1,68±0,72**	0,96±0,58**	0,49±0,33
Межличностная сензитивность	1,58±0,80**	0,95±0,56**	0,47±0,34
Враждебность	1,42±0,91**	0,71±0,51**	0,38±0,32
Фобическая тревожность	0,94±0,98**	0,37±0,39**	0,14±0,18
Паранойальность	1,34±0,80**	0,94±0,58**	0,34±0,36
Психотизм	1,22±0,90**	0,38±0,32**	0,17±0,19
Индекс тяжести психопатологич. симптомов	1,46±0,71**	0,81±0,42**	0,35±0,20
Индекс симптоматического дистресса	58,72±22,10**	42,87±19,64**	26,66±13,80
Общее число психопатологических симптомов	4,69±14,91**	1,69±0,49**	1,11±0,23

По данным сравнительного анализа показателей базисных убеждений (см. таблицу 2) у больных ЯБЖ и ЯБДПК значимо ниже, чем у здоровых лиц, показатели убеждений в доброжелательности окружающего мира, в его справедливости и контролируемости свыше, в закономерности происходящих событий, в собственной способности контролировать свою жизнь, в самоценности и в собственной удачливости. При этом у больных ЯБЖ показатели убеждения в доброжелательности мира значимо ниже, чем у больных ЯБДПК ( $p \leq 0,05$ ).

Таблица 2.

Результаты сравнительного анализа показателей базисных убеждений

Сравниваемые параметры	ЯБЖ	ЯБДПК	здоровые
Убеждение в доброжелательности мира	25,19±6,43**	28,18±5,93**	35,15±4,96
Убеждение в контролируемости мира свыше	13,23±3,53**	14,02±2,85**	19,34±3,78
Убеждение в справедливости мира	11,45±2,31**	11,70±2,30**	12,72±2,07
Убеждение в закономерности событий в мире	12,48±3,49**	13,05±3,05*	14,29±2,71
Убеждение в контролируемости ситуации	13,10±2,74**	14,05±2,86**	19,33±2,87
Убеждение в самоценности	12,71±2,64**	12,95±2,44**	17,04±2,23
Убеждение в удачливости	12,48±2,26**	12,65±2,20**	16,20±2,79

По данным корреляционного анализа снижение базисного убеждения в доброжелательности окружающего мира у здоровых лиц сопровождается повышением личностной тревожности ( $p \leq 0,01$ ); у больных ЯБДПК – повышением алекситимии и аутоагрессии ( $p \leq 0,01$ ); у больных ЯБЖ – повышением реактивной и личностной тревожности, соматизации, депрессии и паранойальности ( $p \leq 0,01$ ).

Показатели базисного убеждения в контролируемости мира кем-либо или чем-либо свыше у здоровых лиц не образуют значимых связей с показателями эмоциональных и психопатологических проявлений. У больных ЯБДПК снижение этого базисного убеждения сопровождается повышением личностной тревожности и снижением контроля агрессии ( $p \leq 0,01$ ); у больных ЯБЖ – повышением соматизации, личностной агрессивности, агрессивности как проявления темперамента и агрессии-реакции на события ( $p \leq 0,01$ ).

Показатели базисного убеждения в справедливости мира у здоровых лиц и у больных ЯБДПК не образуют значимых связей с показателями эмоциональных и психопатологических проявлений. У больных ЯБЖ снижение этого базисного убеждения сопровождается повышением агрессии как реакции на события ( $p \leq 0,01$ ).

Показатели базисного убеждения в закономерности происходящих событий у здоровых лиц и у больных ЯБДПК не образуют значимых связей с показателями эмоциональных и психопатологических проявлений. У больных ЯБЖ снижение этого базисного убеждения сопровождается повышением аутоагрессии и депрессии (для всех  $p \leq 0,01$ ).

У здоровых лиц снижение базисного убеждения в собственной способности контролировать события своей жизни сопровождается повышением личностной и реактивной тревожности и обсессивности-компульсивности (для всех  $p \leq 0,01$ ), у больных ЯБДПК – повышением личностной тревожности, депрессии, алекситимии и соматизации (для всех  $p \leq 0,01$ ); у больных ЯБЖ – повышением личностной и реактивной агрессивности, агрессивности как проявления темперамента, алекситимии, соматизации и паранойальности (для всех  $p \leq 0,01$ ).

У здоровых лиц снижение базисного убеждения в собственной ценности для окружающих людей и для мира в целом сопровождается повышением личностной тревожности и депрессии (для всех  $p \leq 0,01$ ); у больных ЯБДПК – повышением личностной тревожности, депрессии, алекситимии, соматизации, аутоагрессии и межличностной сензитивности (для всех  $p \leq 0,01$ ) у больных ЯБЖ – повышением личностной и реактивной агрессивности, враждебности, психотизма, паранойальности, алекситимии и соматизации (для всех  $p \leq 0,01$ ).

У здоровых лиц и у больных ЯБЖ показатели базисного убеждения в собственной удачливости не образуют значимых связей с показателями эмоциональных и психопатологических проявлений. У больных ЯБДПК снижение этого базисного убеждения сопровождается повышением личностной тревожности и агрессивности-состояния (для всех  $p \leq 0,01$ ).

**Заключение.** У больных язвенной болезнью значимо повышены показатели негативных эмоциональных состояний и значимо снижены показатели базисных убеждений в доброжелательности мира, в его справедливости и контролируемости свыше, в закономерности происходящих в нем событий, в собственной способности контролировать свою жизнь, в собственной удачливости и ценности для мира. У больных язвенной болезнью показатели негативных эмоциональных состояний и психопатологической симптоматики связаны друг с другом и с негативными базисными убеждениями большим, чем у здоровых лиц, числом значимых связей. При этом у больных язвенной болезнью желудка в сравнении с больными с дуоденальными язвами значимо снижены показатели убеждения в доброжелательности мира и значимо повышены показатели алекситимии, депрессии, соматизации, враждебности, психотизма и паранойяльности, и снижение базисных убеждений у них чаще, чем у больных с дуоденальными язвами сопровождается усугублением тяжести психосоматического статуса и глубины психопатизации личности.

#### *Литература.*

1. Березин Ф.Б., Альтшулер Б.А., Финогенова С.А. Подход к исследованию особенностей личности как возможного фактора риска развития язвенной болезни [электронный ресурс] // [http://berezin-fb.su/psychology\\_and\\_psychosomatic/подход-к-исследованию-особенностей-л/](http://berezin-fb.su/psychology_and_psychosomatic/подход-к-исследованию-особенностей-л/)
2. Губачев Ю.М., Жужжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – 216 с.
3. Маслова О. А. Клинико-статистическое исследование распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и тактика ее лечения: дисс. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2006. – 135 с.
4. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2003. – 159 с.
5. Фирсова Л.Д. Психологический портрет язвенной болезни. – М.: Пи-Ар Медиа Групп, 2009. – 120 с.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ И АЛЕКСИТИМИЯ

Решетников М.М., Замалиева С.А.

*Восточно-Европейский Институт Психоанализа, Санкт-Петербург*

В современном психоанализе в последние десятилетие получило распространение относительно новое понятие «психосоматическая личность» (или «человек соматический»). Этим термином описывает субъект, у которого проявляется повышенная склонность к тому, что эмоции и аффекты, обычно выражаемые вербально или поведенчески, «затормаживаются» и проявляются в телесных дисфункциях. Образно говоря, функции психики принимает на себя тело. Роль, которую в норме и у большинства людей играют душевные процессы, в данном случае оказывается «узурпированной» процессами соматическими. При этом первые обедняются или исходно демонстрируют определенную уплощенность, а любое переживание обретает соматическое выражение. В связи с этим существенно повысилось внимание исследователей к проблеме алекситимии, которая проявляется в трудности описания и понимания собственных эмоций и чувств, и рассматривается как один из существенных аспектов риска и – возможно – психогенеза психосоматических расстройств личности. Термин был введен Питером Сифнеосом (1973), который наряду с уже отмеченными проявлениями, описал наблюдаемые у таких пациентов затруднения в различении эмоций и телесных ощущений, снижение способности к символизации и фантазированию. Все внимание таких пациентов сосредоточено преимущественно на внешних событиях, при минимизации обращений к своим внутренним переживаниям и склонности к утилитарному и предельно конкретному мышлению. Согласно расширенному переводу самого термина «алекситимия», у этих пациентов «нет слов для названия чувств», а следовательно – отсутствует возможность для их вербального отреагирования, для понимания самих себя и чувств и переживаний других людей. Естественно, что это существенно затрудняет психотерапевтическую работу с такими пациентами, и позволяет сформулировать гипотезу о доэдипальном периоде формирования такого специфического паттерна восприятия собственной психической реальности и объектных отношений. Несмотря на то, что такие пациенты в ряже случаев демонстрируют вполне приемлемую адаптацию к требованиям социума, их психический статус следовало бы оценивать как пограничный и реализовать соответствующие подходы к психотерапии.

## КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**Решетова Т.В., Киселева Е.О.,  
Герасимова А.В., Никитина В.В.**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России,  
Многопрофильная клиника «Скандинавия», Санкт-Петербург*

Когнитивные дисфункции объединяют круг расстройств, характеризующихся временным или постоянным ухудшением познавательных функций: памяти, внимания, обучаемости различным знаниям и навыкам и др. Эти нарушения могут как сопровождать возрастные, атеросклеротические или дегенеративные изменения сосудов мозга, так и сопутствовать тревожным, депрессивным расстройствам. Когнитивная дисфункция при депрессии или тревоге клинически проявляется тем, что все мысли человека – в «горячей точке», а остальная информация обслуживается по остаточному принципу. Когнитивная дисфункция – не гипотетический феномен, он может быть подтвержден нейровизуализационными исследованиями изменений в ткани мозга. Однако эти явления порой не принимаются во внимание врачами общей практики, в отличие от тревоги или депрессии, которые бесспорно тоже осложняют лечебный процесс. Известно, что присутствие родственников может оказывать мощную поддержку в лечебном процессе. Но тревожная мама больного ребенка – уже не ресурсный, а дестабилизирующий фактор требующий отдельного внимания хирурга.

С целью исследования выраженности когнитивной дисфункции были исследованы 40 мам: накануне, в день плановой операции у ребенка и на 2-6 дни после. Психодиагностическое исследование выявляло: астению (шкала MMPI, MFI-20); уровень реактивной и личностной тревожности (тест Спилбергера–Ханина); исследование концентрации, переключаемости внимания и темпа сенсомоторных реакций (субтест А Trail-Making test); непосредственную и оперативную память (5-й субтест метода Векслера). По результатам исследования перед операцией подавляющее большинство мам имели высокий уровень реактивной тревожности (у 86%), астении. Когнитивная дисфункция (до уровня, характерного для энцефалопатии 1-2 стадии) была у 100%: выявлялись снижение концентрации внимания, кратковременной памяти (до 50%), максимальные в момент операции. После операции (удачной) реактивная тревожность сохранялась у 36% мам, а когнитивная дисфункция – у 93%. Вывод: мам надо готовить к плановой операции ребенка, тогда они смогут стать ресурсным фактором лечебного процесса. Это может быть курс глиатилина,

цитофлавина, противотревожных препаратов с доказанным когнитивносберегающим действием: например, адаптола, фенибута, тенотена.

## СОЦИАЛЬНО–ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ

**Росляков А.В., Винокур В.А.**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
Санкт-Петербург*

В настоящее время все более активное внимание исследователей, занимающихся проблемами формирования и развития психосоматических расстройств и заболеваний и связанных с этим вопросами их лечения и профилактики, привлекает малоизученная сфера формирования психосоматических феноменов.

Возникает необходимость выделения и описания и нормальных психосоматических феноменов и реакций, формирующихся в условиях активного влияния самого человека и его социального окружения на их развитие и преобразование. Вопрос о характере психосоматических соотношений – один из ключевых по своей важности и по своей недостаточной изученности, поскольку подразумевает описание причинно – следственных связей между психическим и соматическим в человеке. Однако для того, чтобы такое соотношение реализовалось, необходимо психическое и соматическое поместить в одно пространство, в один объективный мир. Этим путем психосоматическая проблема ранее решалась в рамках хорошо известной многим врачам кортико–висцеральной теории, которой долгое время активно противостоит теория–антагонист (психоанализ, внесший большой вклад в развитие понимания психосоматических соотношений). Однако представление о существовании особой психосоматической реальности делает логически неразрешимой трактовку связей между психическим и соматическим как причинно-следственных. Мы понимаем, что психическое лишь тогда может взаимодействовать с соматическим, когда между ними есть нечто общее, сводящее их в одну разделенную реальность.

Первичным носителем нормального психосоматического феномена является диада «мать-дитя», в которой в совместных и одновременно разделенных телесных процессах мать выполняет функцию означивания и осмысления (*наполнения смыслом*) витальных функций ребенка, когда мать не просто означает ребенку его телесные феноме-

ны, но и раскрывает своим эмоциональным реагированием их значение (Г.А. Арина, 2009). Власть коммуникативного смысла над телесными симптомами велика настолько, что в процессе такой коммуникации физический симптом может как появляться, так и исчезать. Так, например, ребенок может не отличать боль от просто дискомфортного чувства до тех пор, пока мать не придает его переживанию определенного смысла, после чего ребенок на почве этого выстраивает свой специфический стиль эмоционального и поведенческого реагирования. В этой диаде телесность ребенка изначально вписана в его психологическую картину мира и формируется в ней. В ходе дальнейшего развития телесных (психосоматических) феноменов у ребенка появится этап организующей роли этой системы значений и вербализуемый им образ своего тела.

Здоровая телесность не может быть оторванной от психосоматической феноменологии. Телесность неизбежно встраивается в общий процесс психического развития человека как его необходимое условие и инструмент. Подобно любой иной психической функции, телесность обретает знаково-символический характер и определенную «культурную» форму. Поэтому психосоматический феномен – это закономерное следствие социализации телесности человека. Телесность содержательно и структурно зависит от характера этого процесса.

Схематично обозначим содержательную сферу психосоматического феномена:

1. существует сложная культура бесконечного процесса трансформации телесности человека от рождения до самой его смерти.

2. Существует личностное измерение психосоматических феноменов, определяющих их уникальность и неповторимость.

3. Они являют собой ту сферу реальности, которая раскрывается в коммуникации и в таком диалоге с нею, в котором ответ может быть понят лишь с учетом содержания вопроса. Причем этот диалог в процессе терапевтического взаимодействия изменяет обоих участников (и врача, и пациента) и является событием, происходящим с ними обоими.

Психосоматический феномен таким образом обладает определенными характеристиками (Г.А. Арина, 1991, 2009):

- как феномен сознания, он включает в себя смысл, значения, чувства;

- как феномен жизнедеятельности, он приобретает черты высших психических функций;

- он социален по происхождению и характеру функционирования, в некоторых случаях может быть даже произвольным.

Психосоматические феномены по своему смыслу и значению не тождественны психосоматическим симптомам, но и те, и другие являются закономерным следствием социализации телесности человека, его психосоматического развития, а их характер является производным от процесса формирования психологических характеристик человека, прежде всего – личности, тесно связанных с его социо – культуральным окружением. Это детерминирует особый процесс развития человека, который, наряду с физическим и психическим, можно назвать психосоматическим.

Психосоматические феномены (симптомы) возникают на основе собственно человеческого психического новообразования – смысла и активно вписываются в контекст межличностных отношений. Это отражает содержательную сторону выражения смысла (его «прорыва») в психосоматическом симптомообразовании, когда носителем смысла этого феномена является язык тела, и привлекает внимание к двум интересным с точки зрения анализа этого процесса и важным для практической работы аспектам, – выбор психосоматического симптома и выбор органа-мишени. Это согласуется с представлением И.В.Давыдовского (1968) о том, что «... условия и образ жизни человека являются фундаментальными предпосылками для возникновения его болезней, поскольку именно социальные и психологические факторы так специфически «расцветивают» и создают такое разнообразие красок в жизни человека, соответственно, и в его заболеваниях».

Анализ социо-культуральных и психологических факторов формирования психосоматических феноменов может иметь вполне определенное отношение к проблемам медикализации различных человеческих проблем, которые современная медицина устойчиво обозначает как расстройства или болезни. Эту ситуацию сегодня принято называть «медикализацией жизни», когда все больше сторон человеческого бытия подпадает под медицинский контроль и регулирование. Описанная тенденция очень хорошо сочетается с активным и определенным образом поощряемым медициной, стремящейся к экспансии своего влияния, ипохондрическим дискурсом у многих людей. Следствием медикализации жизни, по существу представляющей медицинскую (прежде всего лекарственную) агрессию на социум, нередко является такое социальное явление, как стигматизация людей с разными заболеваниями. А другим ее важным следствием является постепенное проникновение медицинского языка в обыденное мышление, что нередко «демонизирует» его, способствуя переносу части нормального человеческого опыта, связанного с телесностью, за границы привычных и нормальных человеческих коммуникаций в сферу

медицинской практики, поскольку это начинает рассматриваться как нечто патологическое и болезненное. Это напрямую приводит многих людей к тому, что в случае появления у них разных проблем, не являющихся соматическими расстройствами, они все активнее стремятся разрешать их медицинскими средствами.

Активное внимание к социо-культуральным аспектам формирования психосоматических феноменов в норме и при патологии может иметь важное значение в разработке программ первичной и вторичной профилактики психосоматических расстройств и заболеваний.

### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЖДЕБНОСТИ И АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Ружинских А.Г.

*Санкт-Петербургский Городской кожно-венерологический диспансер,  
Санкт-Петербург*

В последнее время большое значение придается изучению механизмов влияния различных факторов на формирование, течения и рецидивирование псориаза. Будучи генетически детерминированным заболеванием, псориаз относят к болезням с мультифакторной этиологией. Особое место в его формировании и развитии занимает психогенный фактор. Данный фактор, через различные иммунологические механизмы, с одной стороны участвует в формировании или рецидивировании кожного заболевания, с другой, будучи следствием переживания самими больными кожного процесса, по тем же самым механизмам может влиять на тяжесть его течения. (Дороженок И.Ю. 2009 г.) Высокий уровень переживаний больных, как правило, связывают с тяжелым течением кожного процесса, обширностью поражения кожи и выраженностью субъективных симптомов, так же с нарушением социального функционирования больного. (Дороженок И.Ю. 2009 г., Раева Т.В. 2006 г.) Формирование социофобических реакций у больных псориазом, которые сопровождаются для больных угрозой потери внешней привлекательности, избегающим поведением, сенситивных реакций, где в основе лежат сенситивные идеи отношения, могут сопровождаться так же формированием агрессивного поведения, суицидальных мыслей, враждебным отношением к окружающим особенно в агрессивной среде. Фиксация больных на кожном процессе сопровождаемая такими негативными эмоциями как враждебность и агрессивность к окружению в дальнейшем будет способствовать снижению

количества социальных контактов, что подтвердит мнение больного о своей социальной дезадаптации, и в конечном итоге приведет к утяжелению кожного процесса. (Новицкая Н.Н. 2009 г.) Для врачей – дерматологов такие больные, как правило, являются «сложными» для курации. Трудность в формировании продуктивного контакта с такими пациентами часто связана с агрессивностью, недоверием, враждебностью больных, их не уверенностью в том, что врач может им помочь. Это в свою очередь может приводить к снижению качества оказания специализированной помощи в стационаре.

Таким образом, представляется важным и актуальным исследование взаимосвязей между негативными эмоциями (враждебность и агрессивность) больных и тяжесть течения псориаза. Это может помочь в создании дополнительных программ психокоррекции таких пациентов в клинике, улучшить качество получаемой врачебной помощи в стационаре и снизить вероятность психогенного обострения заболевания в будущем.

**Целью нашего исследования** является изучение связей негативного психоэмоционального состояния (враждебность и агрессивность) и тяжестью течения псориаза у больных.

В качестве объекта исследования взята выборка из 95 больных мужского и женского пола с различными формами псориаза, проходящих лечение в дерматологических отделениях городского кожно-венерологического диспансера г. Санкт-Петербурга. В исследуемую выборку вошли пациенты в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст составил  $45,5 \pm 4,5$  года. Из них 37 (38,9%) женщин и 58 (61,1%) мужчин.

Из исследования исключались больные с психическими расстройствами, сопутствующим органическим заболеванием ЦНС, злоупотреблением психоактивными веществами (наркотики, алкоголь), тяжелыми соматическими заболеваниями.

Гипотезой нашего исследования стало положение о том, что существует взаимосвязь между тяжестью течения псориаза и проявлением негативного эмоционального фона в виде враждебности и агрессивности у больных.

В исследовании применялись следующие клинико-диагностические методики: Индекс охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index); опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 (Symptom Check List-90-Revised); Опросник для измерения уровня личностной агрессивности Баса Б., Дарки Р. в адаптации Почебут Л. Г. Данные исследования обрабатывались при помощи методов математической статистики: анализ средних величин, корреляционный анализ (критерий Пирсона). При обработке была использована компьютерная программа SPSS 17.0



Исследование индекса охвата и тяжести псориаза PASI по дерматологическим шкалам показало, что у данной группы больных среднее значение индекса PASI равно 21,44. Это соответствует средней степени тяжести псориаза у больных данной группы.

При исследовании враждебности по опроснику выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 было выявлен следующий показатель – 0,42, что соответствует верхней границе нормы по России. Несмотря на то, что значение враждебности по группе соответствует норме, в соответствии с интерпретацией методики данные больные склонны выражать враждебность виде агрессии, раздражительности, гнева и негодования. Для них характерно наличие негативных мыслей чувств или действий являющихся проявлением такого негативного эмоционального состояния как злость.

По «Опроснику измерения уровня личностной агрессивности» были выявлены следующие средние показатели: вербальная агрессия – 4,01, физическая агрессия – 2,36, предметная агрессия – 2,69, эмоциональная агрессия 2,02, самоагрессия – 3,43, общая агрессивность – 14,35. То есть, среди показателей агрессии у больных псориазом доминирует вербальная агрессия и самоагрессия. Данные показатели находятся на среднем уровне, остальные типы агрессивного поведения на низком уровне. Не смотря на средние показатели типов агрессивного поведения, больные склонны выражать агрессию вербально, в словах, по отношению к другому человеку. Для них так же характерно переживание своей незащитности в агрессивной среде, отсутствие мира и согласия с самим собою, что объясняется ослабленными психологическими механизмами защиты у больных.

Нами были выявлены положительные корреляционные связи ( $p \leq 0,05$ ) между шкалами индекса охвата и тяжести псориаза (PASI) и враждебностью. То есть чем выше тяжесть течения псориаза, тем выраженнее негативный эмоциональный фон у больных. Таким образом, динамика утяжеления течения псориаза взаимосвязана с усилением враждебности больных. Взаимосвязь между индексом охвата и тяжести псориаза (PASI) и враждебностью указывает на наличие взаимовлияния их друг на друга, что в клинической картине заболевания может проявиться в виде длительного, торпидного течения болезни. Так же это может объяснять формирование «порочных» кругов при псориазе

Выявленные в дальнейшем положительные взаимосвязи между шкалами враждебность и самоагрессия, эмоциональная агрессия ( $p \leq 0,05$ ), а так же между шкалами враждебность и вербальная агрессия, предметная агрессия, общая агрессия ( $p \leq 0,01$ ), скорее всего подтверждают валидность и надежность выбранных психодиагно-

тических методик (SCL-90 и Опросник Баса Б., Дарки Р). Это объясняется тем, что различные формы агрессивности взаимосвязанными «априори».

В более дифференцированном интерпретационном аспекте выявленные взаимосвязи указывают на то, что для больных характерно проявление враждебности виде словесных оскорблений, «смещение» своей агрессии на окружающие предметы. Эмоциональное отчуждение, неприязнь, подозрительность к окружающим людям. Беззащитность больного в окружающей агрессивной среде, ослабление психологических механизмов защиты так же могут приводить к формированию враждебного отношения к окружающим.

#### **Выводы:**

1. У группы больных псориазом была выявлена средняя степень тяжести течения заболевания.

2. При изучении негативного эмоционального фона отмечено, что проявление враждебности находится в пределах нормы, но доминирует как внешняя враждебность по отношению к окружающим (появляющаяся в основном в своей вербальной форме) так и самоагрессия.

3. Обнаружена взаимосвязь между степенью тяжести течения псориаза и враждебностью к окружающим, согласно которой при утяжелении течения псориаза одновременно усиливается проявление враждебности больных по отношению к окружающим.

4. Выявленные положительные корреляционные связи среди негативных эмоций еще раз подчеркивают, что для больных есть риск активного проявления агрессивности как «во вне», так и на себя.

Результаты исследования подтвердили поставленную в работе гипотезу.

Таким образом, данные выводы в целом позволяют спрогнозировать негативные последствия при терапии больных псориазом (частые рецидивы, тяжесть течения дерматоза), так и в целом для больных в плане социальной адаптации. Представляется важным указать на необходимость включения в терапию данной категории больных психокоррекционную и психотерапевтическую поддержку. Здесь могут быть рекомендованы фокусные психокоррекционные мероприятия направленные на снижение уровня общей агрессивности, различных вариантов агрессивного поведения больных псориазом; укрепление психологических ресурсов личности, что в свою очередь будет способствовать скорейшему разрешению кожного процесса на фоне проводимого дерматотропного лечения.

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ПАЦИЕНТА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Русина Н.А.

*ГБОУ ВПО ЯрГма Минздрава России, кафедра педагогики  
и психологии с курсом ИДПО, г. Ярославль*

Для понимания психосоматической реальности человека рассмотрим соотношение понятий телесности, души и духа. Разведение понятий «тело» и «телесность» имеет принципиальное значение. «Тело» означает, прежде всего, физический объект, не несущий субъектности. «Телесность» есть одухотворенное тело. Человеческая телесность является процессом онтогенетического, личностного развития – в широком смысле исторического развития и выражает культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие человеческого существа. Понятия «тело» и «телесность» отличает мера жизненности (примеры: близнецы, телесная терапия, танцующий, спортивный человек).

Телесность (плоть, живое тело, тель, динамическое тело) рассматривается как особый феномен и предметное поле психологических исследований, занимающих пространство «между» душой и телом, в его физическом понимании. Пространство «между» – пространство переосмысления, возникновения новых смыслов, пространство, соединяющее противоположности. Плоть осмысливалась как «дом и зеркало души, а душа как дом и зеркало духа». Телесность хранит в себе все, что когда-либо было пережито: события, эмоции, стрессы и боль заключены в телесную оболочку. Хороший специалист всегда сможет угадать историю жизни человека, а также определить все несчастные случаи и заболевания, когда-либо происходившие с человеком, по строению и форме его тела, по его движениям, свободным или скованным, по напряжению в отдельных частях тела. Телесность есть одухотворенное тело. Дух же является содержимым души. При этом душа, содержащая дух, наделяет им тело, которое приобретает телесность. Душа, при ее кажущейся непространственности, находится между духом и телом. Все вместе они образуют целостный состав человека. Примирение происходит в пространстве «между», где встречаются деятельный дух, страждущая душа с живыми, одушевленными движениями тела (телесностью). Душа, как и телесность, может болеть. Душу, как и телесность, можно очищать, лечить, «целить». Термин «целительство» наиболее уместен: делать целым, цельным то, что невозможно разделять и лечить отдельно.

Наибольшим образом нарушение этого триединства наблюдается в психосоматических расстройствах. Психосоматические болезни не случайно называют «болезнями цивилизации», «болезнями образа

жизни». Можно добавить: «болезнями души». Абсолютное единство тела и души отражается на нашем самочувствии. Каждое состояние, хорошее или плохое, является средством, с помощью которого нам даются указания о том, что происходит внутри нас. В отличие от неврозов, в основе которых лежит внутриспихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение: вытесняется не только неприемлемый для сознания мотив, но и невротическая тревога по этому поводу, и все невротическое поведение в целом. Неразрешимый конфликт мотивов (так же, как и неустраняемый стресс) порождает в конечном итоге реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения. Это создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний и проявляется в виде явной или скрытой, маскированной, депрессии. Пациенты с эмоционально обусловленными психосоматическими заболеваниями сначала попадают на прием к врачу общего профиля.

На наш взгляд, наиболее перспективным в XXI веке в исследовании причин психосоматических заболеваний будет энерго-информационный подход. А. Менегетти, как представитель этого направления, считает, что эмоция – это некое психическое присутствие, которое начинает соматизироваться. Когда высший разум пренебрежительно относится к урокам жизни, защищать индивидуацию вынужден разум более низкого уровня. Следовательно, если психика не находит решения в сознательной или бессознательной форме, то вмешивается соматика, предлагая альтернативное решение. Соматическая и психическая энергия различаются по скорости действия: соматическая – наиболее медленная, поэтому органическое заболевание представляет собой форму приспособления. В любом случае соматизация – это всегда результат инфантильной реакции «Я». По его мнению, болезнь представляет собой одну из возможных реакций, которые представлены человеку в безвыходном, на его взгляд, положении. Патологический симптом представляет собой чрезвычайное, частичное решение, принимаемое с целью ослабления напряжения и выполняющее двойную функцию: удерживает запретное влечение (или стремление, рассматриваемое субъектом как недостойное) вытесненным и одновременно удовлетворяет его на бессознательном уровне. Болезнь становится подавляющим и регрессивным объектом, позволяющим вывести скрытую борьбу наружу. Кажется, что бороться с внешними формами легче, нежели с внутренними. И организм начинает бороться с помощью больного органа. Не существует никакого таинственного скачка от психики к соме, а мы имеем дело с непрерывностью, идентичностью, выраженной на разных языках одной и той же формы идентичного оперативного значения, смыслового содержания, то есть, энергия и информация представляют собой совместно действующие формы.

Психотерапевт Рудигер Дальке считает, что болезнь – это язык, речь субъекта и представляет собой путь человека. Немецкий врач Рудольф Вирхов отмечает, что болезнь есть стесненная в своих проявлениях жизнь. По мнению Артура Менегетти, болезнь есть поиск состояния гомеостаза в регрессивной ситуации. Нередко болезнь становится катарсисом, духовным лекарством, если она осознается субъектом (пример: онкобольные).

Предполагается существование пре-психосоматического радикала личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте. Основной причиной формирования этого радикала является ущемление фундаментальных притязаний личности, особенно чувства достоинства, вытекающего из доминирующего инстинкта. Для психосоматических личностей в той или иной степени характерно общее: ущемленность, а поэтому обостренность чувства достоинства, эгоцентричность, сужение интересов, ограниченность и искажение иерархии ценностей, целей и потребностей, что проявляется в неадекватности притязаний, составляющих жизненный замысел индивида.

Психосоматический субъект отделен от своего бессознательного и тесно привязан к окружающему миру: предмету, человеку, ситуации. Психосоматическая структура личности в большой степени определяется понятием «алекситимия». Для больных характерны своеобразная ограниченность способности фантазировать, неспособность выражать переживаемые чувства, неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует с помощью другого человека. Отсюда становится понятным, почему потеря этой «ключевой фигуры» так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале болезни.

Первое, что фиксируют медицинские психологи/психотерапевты в психосоматической клинике, это подавление эмоций. Поэтому начальный этап работы – подбор инструментария обследования, адекватного каждой нозологии. Традиционно психологические исследования в психосоматической клинике посвящены изучению личностных особенностей пациента, семейных отношений, родительских директив. Для того чтобы приблизить психологическую диагностику к практике, психолог должен направить ее на выбор психотерапевтической мишени. Становится актуальным анализ личностных и средовых ресурсов пациента.

Важно использовать не только психологические тесты, но и уметь диагностировать поведение пациента по значимым для него ситуациям. Благоприятной основой для работы является умение раскрыть

внутренний мир пациента, выявить неосознаваемые мотивы его поведения, скрытые от него самого и являющиеся средой для развития личности в болезни. Выяснить типы семейных проблем и актуальные способности можно, следуя теории позитивной психосоматики Н. Пезешкиана.

Психотерапевт провоцирует процесс, при помощи которого мобилизуются заблокированные персональные силы в человеке. Задача – следить за невербальными проявлениями пациента. Маркером является появление реакции, которая начинает сопровождаться изменениями в теле. Признаками положительного эффекта работы являются жестикуляция, блеск в глазах, эмоциональность в речи. Итогом диагностической ситуации оказывается осознание пациентом внутреннего конфликта между его природной эмоциональностью и необходимостью сдерживать подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу привычки. Он становится готовым к «встрече с самим собой». Пациент должен осознать, как конфликт заставляет его реагировать определенной частью тела, органом: «реагировать кожей», «сдерживать дыхание», «плакать сердцем и т.п. 2-й этап – работа по осознанию связи между эмоциями и физиологическим состоянием, трудностей понимания и выражения чувств. Задача психотерапевта помочь пациенту маркировать его эмоциональное состояние и перейти к тренировке способности распознавания эмоций и сопровождающих их когнитивных процессов, расширения эмоционального словаря. 3-й этап – изменение негативной установки пациента по отношению к отрицательным эмоциям, выявление причин, кто и когда «запретил» ему выражать отрицательные эмоции, фокусировка внимания на модусе переживания. Как только он начинает отслеживать ситуации, в которых у него возникает ухудшение самочувствия, и научится связывать болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием, переходим к 4-ому этапу: обучению моделям совладания. Работа осуществляется в техниках нейролингвистического «якорения» ресурсных состояний пациента, в которых ему комфортно, медитативных техниках, обучении мышечной релаксации и глубокому дыханию. 5-й этап – самый сложный: работа с фундаментальными мотивациями (по Альфреду Лэнгле в теории и практике экзистенциального анализа).

Работа с 1-й мотивацией – «я есть, но каким образом мне справиться со своим бытием?» – заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия. Можно применить когнитивно-эмоциональную психотерапию с базисными убеждениями. Работу со 2-й мотивацией – «я есть, но как сделать, чтобы мне хорошо было здесь жить?» – можно осуществлять в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличности пациента, наполняя чувствами про-

странство собственного бытия пациента. Поиск 3-й мотивации – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» – должен привести пациента к аутентичности. Работа может осуществляться как в техниках психосинтеза через отождествление/разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я», так и с применением психодрамы и гештальт-терапии. Определение 4-й мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» – заключается в работе с ценностями, конструировании новых смыслов, целеустроянии и может выполняться с помощью техник рационально-эмотивной терапии.

### **НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

**Рыжкова Т.Ю., Попов В.Н.**

*СПбГКУЗ «Психоневрологический дом ребёнка № 6»,  
Санкт-Петербург*

**Целью исследования** являлось создание комплекса психолого-педагогических и медико-социальных мер по сопровождению детей, воспитывающихся в условиях психоневрологического дома ребёнка, в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями.

В задачи исследования входило:

1. Выявление негативных тенденций в развитии детей раннего возраста.
2. Создание психолого-педагогических условий по снижению выраженности нарушений поведения и лечение психосоматических нарушений.
3. Коррекция эмоциональных и поведенческих нарушений у детей.

**Материалы и методы исследования:** в течение более 3-х лет наблюдалось 85 детей (мальчиков – 46, девочек – 39), воспитывающихся в психоневрологическом доме ребёнка №6 Санкт-Петербурга. Все эти дети не имели грубых пороков развития, выраженных нарушений опорно-двигательного аппарата и соматической патологии. В периоды обследований отсутствовали интеркуррентные заболевания.

По нашим наблюдениям, нарушения в поведении детей проявлялись раздражительностью, капризами, упрямством, двигательной расторможенностью, криком без видимой причины, нарушением сна. Реже имели место психомоторная заторможенность, страхи, непредска-

зуемость поведенческих реакций, заикание, отказ от еды, явления энуреза, энкопреза, задержка темпов физического развития.

Все обследованные дети имели диагнозы, поставленные неврологом и психиатром в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Диагноз каждого ребёнка включал сочетание неврологического (G93.4 Энцефалопатия неуточненная или G93.9 Поражение головного мозга неуточненное) и психиатрического диагнозов (F83 Смешанные специфические расстройства психологического развития или F70 Умственная отсталость легкой степени: F70.0 С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения или F70.1 Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения).

Использовалась «Методика психолого-педагогической оценки негативных тенденций в развитии детей 1-3 лет» (автор Афонькина Ю.А., 2010 год) [1]. Она основана на методе наблюдения и органично включается в педагогический процесс. Эта методика позволяет изучить характер развития негативных проявлений у детей раннего возраста, раскрыть закономерности проявления негативных тенденций, выделить проблемные зоны, характерные для детей, воспитывающихся в условиях дома ребенка.

Обследование детей проходило один раз в месяц. Первое обследование проводилось при поступлении ребенка в группу, после завершения периода адаптации. Последнее обследование – при переходе в другую группу или выбытии ребенка из учреждения.

К обследованию были привлечены основные педагоги групп, имеющие возможность в течение суток наблюдать за поведением ребенка. Наблюдение проходило как за организованной деятельностью детей, так и во время их самостоятельной деятельности.

Обработку данных проводили по следующим шкалам: Наличие вредных привычек. Наличие страхов. Аффективность. Капризность или упрямство. Проявления негативизма.

Эти нарушения поведения у исследуемых детей выражались в следующем.

Вредные привычки – сосание пальца, откусывание ногтей, ковыряние в носу, дергание себя за волосы, ритмичные покачивания из стороны в сторону.

Страхи – немотивированная боязнь чего-либо: темной комнаты, кукол с большими глазами, громких звуков, шипения и т.д. Проявления страха: двигательная и мимическая реакция.

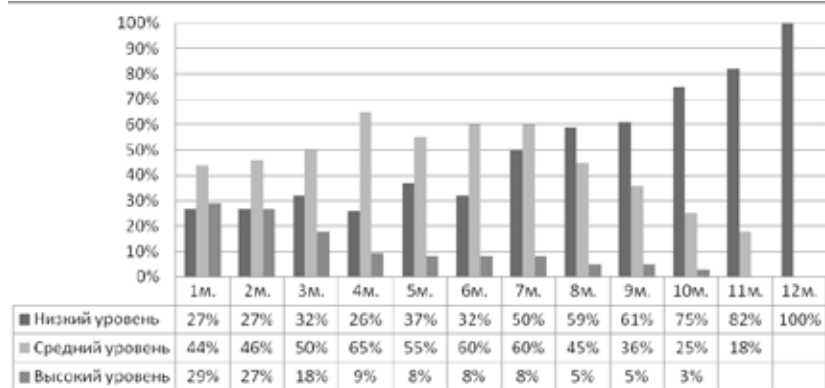
Аффективность – импульсивное, внезапно наступившее сильное эмоциональное деструктивное состояние. Дети ничего не видят и не слышат, не переносят, если их в этот момент трогают руками. Они полностью не владеют собой.

Капризы – на первый взгляд, немотивированное поведение ребенка. На самом деле – ребенок подаёт знак взрослому о физическом, либо психологическом дискомфорте. Упрямство – дети во время приступов упрямства бросались на пол, брыкались, размахивали руками. Но чаще всего кричали, пока у них не перехватит дыхание, а отдышавшись, продолжали всё по-новому.

Негативизм – стремление всё делать наоборот, вопреки просьбам и требованиям определенного взрослого. С остальными окружающими его людьми ребенок послушен и покладист.

Полученные данные оценивались в баллах по указанным шкалам. По числу баллов определялся уровень изучаемых психологических проявлений: низкий уровень (0-6 баллов) следует рассматривать как норму; средний уровень (7-14 баллов) – это уровень риска, что требует педагогического вмешательства и коррекции психолога. Высокий уровень (15-20 баллов) демонстрирует наличие проблемной зоны, когда необходимы педагогическое вмешательство, коррекция психолога, а также медицинское сопровождение.

Данные лонгитюдного исследования детей отображены в таблице-диаграмме (по оси ординат – выраженность уровня проявления негативных тенденций в %, по оси абсцисс – время наблюдения в месяцах).



**Обсуждение результатов.** Проведённое исследование показало, что первично в группу поступали примерно 1/3 детей с высоким уровнем проявления негативных тенденций, немногим менее половины детей со средним и около 1/3 детей с низким уровнем проявления негативных тенденций. То есть, большая часть детей (с высоким и средним уровнем проявления негативных тенденций) нуждалась в психолого-педагогическом и медицинском вмешательстве. В резуль-

тате проведенной работы наблюдалось значительное улучшение состояния детей. Через 3 месяца наличие высокого уровня негативных тенденций уменьшалось в три раза, а через 9 месяцев не фиксировалось вовсе. Средний уровень негативных тенденций максимально возрастал на 4 месяце проведения абилитации (за счёт уменьшения высокого уровня развития негативных тенденций) и более, чем в 2 раза уменьшался, по сравнению с началом исследования на 11 месяце наблюдения. К концу первого года (на 12 месяце наблюдения) у детей отсутствовал высокий и средний уровень проявления негативных тенденций, а отмечался только низкий. Увеличение количества детей с низким уровнем проявления негативных тенденций, после проведённой коррекционной работы, соответствовало улучшению состояния исследуемых в психомоторной и соматической сферах.

Коррекция поведения проходила на специально спланированных на месяц педагогических занятиях с ребёнком, занятий с дефектологом группы, а также в процессе направленного игрового сотрудничества взрослого и ребенка. Наряду с этим, применялись сказкотерапия и песочная терапия. С детьми проводились специальные занятия в сенсорной комнате.

Медицинская коррекция нарушенного поведения у детей включала в себя использование процедур массажа (успокаивающего), индивидуальной ЛФК, физиотерапевтических процедур, а также медикаментозного вмешательства (ноотропы; средства, улучшающие кровоток головного мозга; витаминпрепараты; общеукрепляющие средства; при необходимости – седативные) [ 2 ].

**Выводы.** Использование «Методики психолого-педагогической оценки негативных тенденций в развитии детей» помогает выявлять характер негативных проявлений у детей раннего возраста, воспитывающихся в условиях психоневрологического дома ребёнка.

Проведенная индивидуальная коррекционная работа расширяет спектр навыков социального поведения ребенка, позволяет детям лучше адаптироваться в социуме, что, в свою очередь, положительно влияет на общий уровень эмоционального состояния в группе в целом.

Таким образом, мы делаем вывод о том, что использование «Методики психолого-педагогической оценки негативных тенденций в развитии детей 1-3 лет» (автор Афонькина Ю.А., 2010 год.) позволяет эффективно проводить диагностику нарушений поведения у детей раннего возраста, и, соответственно, индивидуализировать процесс абилитации детей, воспитывающихся в условиях психоневрологического дома ребёнка.

*Литература.*

1. Афонькина Ю.А. Методика психолого-педагогической оценки негативных тенденций в развитии детей 1-3 лет // Психолого-педагогическое сопровождение в ДООУ развития ребенка раннего возраста. – М.- Аркти. – 2010. – С. 37
2. Попов В.Н., Рыжкова Т.Ю., Матвеева Е.В., Воробьева О.Ю., Тайц С.А. Абилитация детей, воспитывающихся в детском учреждении- стратегия профилактики социально- значимых заболеваний. Материалы VIII Российского форума с международным участием «Здоровье детей: профилактика и терапия социально-значимых заболеваний. Санкт- Петербург-2014» Сборник тезисов 12-13 мая 2014 г.:/ Под редакцией проф. Булатова Е.М., проф. Маталыгиной О.А.– СПб. Изд-во «Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», 2014, С. 212- 213.

**СПЕЦИФИКА ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ  
У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
И С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ****Рюмин А.В.***Таллинский Центр психотерапии «Imago Arte»,  
г. Таллин, Эстония*

Согласно современным представлениям теории и методологии исследований в клинической психологии (2), особенности защитного поведения должны рассматриваться в контексте общей концепции психической адаптации с анализом всего спектра изменения поведения и реагирования личности на значимую ситуацию (2). В связи с этим особое значение приобретает изучение структуры механизмов психологической защиты на этапах преодоления стресса болезни, а также личностных факторов, влияющих на успешность психической адаптации к болезни.

Структура механизмов психологической адаптации у больных с соматоформными расстройствами характеризуется преобладанием защитных механизмов над активностью совладающего со стрессом поведения и тесно связана с личностной диспозицией больного, что свидетельствует об изначальной психологической уязвимости личности больных (4).

Изучение динамики психосоматических расстройств не только на этапе развернутой клинической картины психосоматического за-

болевания, но и на его латентной стадии – психосоматического диатеза с выявлением совокупности признаков, характеризующих предрасположение к психической патологии – является важной задачей, облегчающей выбор врачом и психологом психотерапевтической тактики (7, 8). Личностные аномалии, повышенная уязвимость в отношении возникновения стрессовых состояний у человека, имеющего психосоматический диатез при дальнейшей психической травматизации способствуют развитию психосоматических расстройств, которые носят функциональный характер и проявляются соматоформными расстройствами (6, 7).

В настоящее время больные соматоформными расстройствами (F45.3 – МКБ-10), по данным ВОЗ, составляют до 25 % всей общесоматической сети. В связи с этим с практических позиций является важной проблема определения основных характеристик и диагностических маркеров «психологической уязвимости» личности (5) (патогенная почва для развития различных форм расстройств адаптации).

В связи со сказанным целью нашего исследования являлось выявление ведущих механизмов психологической защиты у больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации, а также определение психологических маркеров «уязвимости» личности.

В исследование включены 435 больных с невротическими расстройствами, проходившие курс лечения в Таллинском Центре психотерапии «Imago Arte» с 2003 по 2012 гг. (3). 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 клинко-психологического (3) и экспериментально-психологического методов. Экспериментально-психологический метод был представлен методикой для диагностики механизмов психологической защиты (ИЖС) (1), позволяющей выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого механизма психологической защиты.

При сравнении механизмов психологической защиты больных с СВД и РА видно, что структура защитного поведения у этих больных различается. Ведущим механизмом у больных с СВД являются «регрессия», «проекция» и «замещение», у пациентов с РА – «компенсация», «вытеснение» и «реактивные образования». Можно предположить, что у пациентов обеих групп существуют разные защитные стили реагирования на стрессовые ситуации, которые могут быть связаны со специфическими психологическими проблемами, отражающими особенности распознавания и переработки эмоционально значимой информации.

Общий уровень напряженности МПЗ достоверно выше у пациентов с СВД (СВД –  $42,18 \pm 0,42$ , РА –  $36,51 \pm 0,57$ ,  $p < 0.001$ ). Вероятно, это связано с наличием у них актуальной психотравмирующей ситуации, вызванной, возможно, опасениями и переживаниями в связи с ухудшением соматического здоровья и ограничениями, накладываемыми болезнью на личность, что, несомненно, препятствует реализации актуальных потребностей. Для того, чтобы справиться с этой ситуацией неопределенности и угрозы благополучию, у пациентов СВД усиливаются интрапсихические механизмы адаптации, направленные на снижение тревоги и эмоционального напряжения. Более выраженная напряженность МПЗ у больных СВД отражает формирование дезадаптивных типов реагирования на болезнь интрапсихической и интерпсихической направленности.

Более высокие значения показателя МПЗ «регрессия» (СВД –  $72,12 \pm 1,32$ , РА –  $57,21 \pm 2,21$ ,  $p < 0.001$ ) у больных СВД по сравнению с РА могут рассматриваться как возврат к более примитивным онтогенетическим формам психической активности и поведения. Такой защитный механизм дает возможность личности при фрустрирующей ситуации в действии реализовать свои импульсы, что препятствует осознанию ситуации. Слабость эмоционально-волевого контроля, чувство детской незащищенности побуждают личность с таким типом защиты самостоятельно провоцировать конфликтные ситуации. Частое использование МПЗ «регрессия» приводит к усилению таких особенностей личности, как внушаемость, легкая смена настроения, плаксивость, неумение доводить начатое до конца, что может способствовать появлению чувств неуверенности и беспомощности у пациентов, снижению у них самооценки.

Доминирование в профиле МПЗ у пациентов «проекция» (СВД –  $69,22 \pm 1,34$ , РА –  $50,67 \pm 1,65$ ,  $p < 0.001$ ) может быть связано с формированием у них таких черт личности, как самолюбие, гордость, мстительность, враждебность и обидчивость (2). Напряженность МПЗ «замещение» (СВД –  $66,34 \pm 1,29$ , РА –  $61,13 \pm 1,94$ ,  $p < 0.05$ ), проявляется в обращении гнева и агрессии на объекты, представляющие меньшую опасность, чем те, что вызвали отрицательные эмоции. Активное использование этого МПЗ связано с формированием таких черт характера, как раздражительность, гневливость и грубость (2).

Высокий показатель МПЗ «компенсация» (РА –  $71,23 \pm 1,91$ , СВД –  $53,41 \pm 1,53$ ,  $p < 0.001$ ) отражает неудовлетворенность пациентов собой и своими возможностями по эффективному решению жизненных проблем и трудностей, вызванных болезненными проявлениями. Высокие показатели МПЗ «компенсация» свидетельствуют об интенсивных попытках пациентов избавиться от комплекса неполноценности, постоянном сдерживании чувств печали, горя по поводу утраты привыч-

ного образа жизни, потери здоровья, недостатка активности, блокирования болезнью актуальных потребностей. Повышенные значения МПЗ «вытеснение» (РА –  $68,52 \pm 1,96$ , СВД –  $52,29 \pm 1,41$ ,  $p < 0.001$ ) говорят об активных попытках исключения из сознания психотравмирующих мыслей и образов в качестве средства снижения тревоги, обусловленной глубинными личностными противоречиями.

В целом следует отметить, что для пациентов СВД переживание проявлений болезни связано преимущественно с эмоцией отвержения, для них характерны чувство самонеприятия и обвинительные реакции по отношению к окружающим, а также подозрительность и недоверчивость к проводимым лечебным мероприятиям. Для переживаний пациентов с РА более характерна неудовлетворенность собой, стремление снизить тревогу, чувство вины и печали.

Отличительными критериями распознавания «психологической уязвимости» личности больных СВД по показателям психологической защиты и стратегий совладания со стрессом (4) являются: 1) предпочтение копинг-стратегий бегство-избегание, поиск социальной поддержки и дистанцирование; 2) преобладание в структуре механизмов защиты личности регрессии, проекции и замещения; 3) повышенный уровень напряженности психологических защит. Выявленные особенности пациентов мешают их успешному лечению, и могут выступать в качестве возможных «мишеней» в психотерапевтической работе с ними.

Результаты сопоставления структуры МПЗ у больных СВД и РА свидетельствуют, что больные обеих групп в качестве защиты используют преимущественно «незрелые» механизмы защиты «Я», например, «регрессию», «проекцию» и других образований, которые, в известной мере, препятствуют когнитивно-аффективной оценке травмирующей ситуации, усиливая психогенное влияние внутренних условий (особенностей личности) и внешние (внеморбидные) психосоциальные факторы (2, 5, 8).

Это позволяет прийти к заключению, что несмотря на различия в структурах МПЗ, в основе их использования личностью может лежать сформированный в социогенезе дефицит самоудовлетворенности, низкая самооценка, мотивация самоактуализации и самореализации.

Это положение является предварительным, требующим дальнейших исследований.

#### *Литература.*

1. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., Петрова Н.Н., Беспалько И.Г., Березин М.А., Савельева М.И., Тауконова Л.М., Штрахова А.В., Аристова Т. А., Осадчий И.М. Психологическая диагностика индекса

жизненного стиля: Пособие для психологов и врачей. СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005.

2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб, 2011, Изд. «Речь».

3. 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 общей медицинской практике, СПб., 2012, Вып. XII, с.78 – 83.

4. Вассерман Л.И., Рюмин А.В. Специфика совладающего со стрессом поведения у больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации. Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, СПб., 2013, Вып. XIII, с. 58 – 63.

5. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: Дис. д-ра психол. наук. СПб., 2010.

6. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Пенчул Н.А. Предвестники психического заболевания. Психосоматический диатез. // Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 3. – С. 11 – 15.

7. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, медико-социальная помощь больным // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2010. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).

8. Ташлыклов В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: Пособие для врачей. СПб: СПб МАПО, 1997.

## ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Семенова Н.В.**

*ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

В связи с происходящим в последние годы реформированием отечественного здравоохранения традиционные разделы психиатрической службы подвергаются значительным изменениям. Психиатрическая служба осуществляет переход от преимущественно медицинской к био-

психосоциальной модели психиатрической помощи, развивая полипрофессиональный (бригадный) подход к ее оказанию, различные формы психосоциальной терапии и реабилитации, интеграцию с первичной медицинской сетью.

Возрастание частоты психической патологии, отмечаемое повсеместно в последние годы, происходит не за счет учащения тяжелых, острых, инкурабельных психозов. Напротив, среди различных контингентов населения увеличивается число непсихотических психических расстройств. При этом значительная часть больных, обнаруживающих различные проявления психической патологии, «переместилась» из сугубо специализированной сферы – психиатрии в область действия других медицинских специальностей: неврологии, терапии, гинекологии, кардиологии, эндокринологии, став пациентами общесоматических учреждений. Масштабные исследования последних лет, проведенные в учреждениях первичной медицинской сети пяти субъектов Российской Федерации (Тверская, Тульская, Ярославская области, Москва и Санкт-Петербург), показывают, что общая распространенность психических нарушений у пациентов общемедицинского звена составляет 33,9% [1].

Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что лечение психических расстройств должно начинаться в системе первичной медицинской помощи, и рекомендует «предоставление основных профилактических и лечебных мероприятий в области охраны психического здоровья в первой точке контакта с системой здравоохранения» [9].

К сожалению, психические расстройства, с которыми пациенты обращаются в первичную медицинскую сеть, невозможно назвать «легкими» в клиническом смысле. При этом в большинстве случаев больные проявляют определенную анозогнозию, полагая, что нарушения носят временный характер и связаны «со стрессами», «неприятностями», «временными трудностями» и т.п. Даже допуская необходимость специализированной помощи, они не хотят обращаться к психиатру из-за боязни стигматизации. Кроме того, действия врача первичной медицинской сети, в случаях отсутствия у него навыков диагностики психических нарушений и предвзятого отношения к психиатрической службе, представляют собой основные препятствия для оказания пациентам необходимой квалифицированной помощи.

В последние десятилетия различными авторами выдвигались идеи нового подхода к организации психиатрической помощи населению – создание различных моделей «интегрированной медицины», которая в своей основе предполагает внедрение отдельных видов психиатрической помощи в первичную медицинскую сеть. Известны зарубежные работы, доказывающие эффективность моделей психиат-



рической помощи, интегрированной в общемедицинскую практику. В качестве успешных примеров можно привести модели совместного ведения (collaborative management) пациентов в первичной медицинской сети при депрессивных расстройствах, панических расстройствах, в детской и гериатрической практике, при злоупотреблениях алкоголем и наркотиками [3, 4, 5].

Нами была разработана многоуровневая модель оказания психиатрической помощи с интеграцией в первичную медицинскую сеть [2]. Не останавливаясь детально на модели в целом, важно подчеркнуть, что контингент лиц с психосоматическими расстройствами преимущественно сосредоточен на третьем уровне. Этот уровень включает ту часть популяции, у которой были зафиксированы психические симптомы, продолжающиеся по меньшей мере одну неделю в течение календарного года (185-230 человек на 1000 населения в год). Симптомы, как правило, носят непсихотический характер и не ограничивают жизнедеятельность человека, и пациенты при развитии у них патологических состояний обычно обращаются за помощью именно в первичную медицинскую сеть – к врачам-терапевтам или неврологам. Имеющиеся нерезко выраженные симптомы психического неблагополучия часто не распознаются общепрактикующими врачами, и больные остаются без соответствующей помощи.

Мероприятия, осуществляемые на этом уровне (психокоррекционные, психотерапевтические и психофармакологические), предполагают наличие у врачей общей практики определенного уровня психиатрических знаний и навыков распознавания психической патологии, а также разработанных стандартов лечебной помощи этим категориям пациентов, включающим рекомендации по психотерапии и психофармакотерапии.

H.C. Schulberg и его коллеги [8] пришли к выводу, что в целом врачи общей практики склонны к гиподиагностике психических расстройств (с количеством ошибок от 50% до 80%). J.N. Marks и его сотрудники [6] отмечали у врачей с высокой способностью к идентификации психических расстройств заинтересованность своими пациентами, увлеченность психиатрией, более высокий возрастной ценз и обширный профессиональный опыт. Тщательный анализ показывает, что такие врачи активно задают пациентам вопросы психологического содержания, избегают профессионального жаргона, лучше знают своих больных и стремятся к приобретению дополнительных профессиональных навыков. По данным некоторых авторов, большинство врачей общей практики испытывают сложности с консультированием больных с психическими расстройствами и хотели бы пройти дополнительное обучение [7].

Как в России, так и в других странах мира существует ряд серьезных проблем, связанных с несвоевременной диагностикой пси-

хических нарушений в первичной медицинской сети. К основным барьерам, препятствующим пациентам с психическими расстройствами своевременно получать необходимую медицинскую и психологическую помощь, можно отнести следующие.

1. Недостаточная информированность населения о норме и патологии психической сферы. По этой причине пациенты и их родственники могут долго не обращаться к врачу, считая развитие аффективных, когнитивных и других нарушений естественным атрибутом разнообразных «объективных» причин – стрессов, возраста, неурядиц на работе и в личной жизни и т.п. Обращение за медицинской помощью откладывается вплоть до этапа развития умеренных или даже тяжелых психических нарушений, когда возникают нарушения жизнедеятельности, а возможности помощи пациентам становятся ограниченными.

2. Поздняя диагностика психических нарушений. Эта проблема связана в первую очередь с недостаточными знаниями врачей первичной медицинской сети о клинике психических расстройств и о методах диагностики данной патологии. Повышение профессиональной компетентности врачей первичного звена в этой области увеличивает доступность психиатрической помощи населению за счет возможности ее оказания в «альтернативном» (не-психиатрическом) медицинском учреждении, а также способствует повышению ее качества.

3. Ошибочное мнение врачей и пациентов о неэффективности терапии психических расстройств и обилии тяжелых побочных явлений психофармакотерапии. Особенно ярко «терапевтический нигилизм» проявляется в отношении нарушений памяти в пожилом возрасте, несмотря на то, что на современном этапе развития медицины и фармакологии терапия когнитивных нарушений, особенно на ранних этапах развития заболевания, имеет существенные шансы на успех. Кроме того, современные психотропные средства, присутствующие на отечественном рынке, обладают хорошим профилем переносимости и безопасности и могут использоваться при различных соматических заболеваниях в комбинации с другими медикаментозными средствами.

Внедрение многоуровневой модели на базе интеграции отдельных видов психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения может изменить существующее сегодня в России положение с оказанием психиатрической помощи населению. Следует подчеркнуть, что данная модель позволяет также оптимизировать использование ресурсов здравоохранения, повысить доступность медицинской помощи для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также реализовать переход от медицинской к биопсихосоциальной модели психиатрической помощи населению.

*Литература.*

1. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
2. Семенова Н.В. Совершенствование системы региональной психиатрической помощи и обеспечение ее качества / Н.В. Семенова // Вестник психотерапии. – 2012. – № 43(48). – С. 9–20.
3. Badamgarav E., Weingarten S.R., Henning J.M. et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review // American Journal of Psychiatry. 2003. Vol. 160. P. 2080–2090.
4. Bartels S.J., Coakley E.H., Zubritsky C. et al. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use // American Journal of Psychiatry. 2004. Vol. 161. P. 1455–1462.
5. Bijl D., van Marwijk H.W.J., de Haan M. et al. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care // European Journal of General Practice. 2004. Vol. 10. P. 6–12.
6. Marks J.N., Goldberg D.P., Hillier V.F. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness // Psychological Medicine. 1979. Vol. 9. P. 337–353.
7. Sahhar D., O'Connor D. How well do Australian medical schools prepare general practitioners to care for patients with mental disorders? // Australasian Psychiatry. 2004. Vol. 12(1). P. 26–30.
8. Schulberg H.C., McClelland M. A conceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression // General Hospital Psychiatry. 1987. Vol. 9. P. 1–10.
9. World Health Organization. The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. – Geneva : WHO, 2001. – 178 p.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЗАПРОС  
ИНФАНТИЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ****Соловьева С.Л.***ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
Санкт-Петербург*

Во многих исследованиях отечественных и зарубежных авторов в структуре личности пациентов с психосоматическими нарушениями отмечаются черты психологической незрелости, которые сочетаются с субдепрессивным фоном настроения и проявляются жалобами типа «Мне ничего не хочется». За этой формулировкой скрывается явно не

формулируемый запрос «Скажите мне, чего я хочу и что я должен делать, чтобы получить то, что я хочу». Психологическое воздействие в этом случае сталкивается со своеобразным психологическим миром инфантильной личности, наполненным переработанными аффективно окрашенными психическими травмами, неосознаваемыми потребностями, недифференцированными стремлениями, неоформленной системой ценностей. В подобном плохо дифференцированном психологическом мире пациента сложно найти значимые ценности и цели, на которые можно опереться в психотерапевтической работе. Речь часто идет не о реконструкции, а о формировании значимых отношений личности.

Психологический портрет инфантильной личности можно найти в психоаналитической литературе. Для инфантильного субъекта, отмечают психоаналитически ориентированные исследователи, характерно ощущение полного отдаления от мира, и, с другой стороны, полной зависимости от мира: он чувствует себя уязвимым и незащищенным. Внешний и внутренний мир в понятии инфантильной личности при этом тождественны, она их не различает. Внешний же мир глазами инфантильной личности хаотичен, он не подчинен никаким законам, в нем нет никакой последовательности, он непредсказуем и поэтому опасен. Задача психотерапевтического воздействия в структуре помощи незрелой личности заключается прежде всего в осознании и оформлении границ собственного мира в процессе взаимодействия с ним. Осознание себя, отражение границ собственной личности предполагает переход за эти границы, экспериментирование с разными формами поведения, эмоционального реагирования. Как правило, когнитивно-поведенческий тренинг дает возможность осознать доминирующую модель поведения, которая отражает базовые неосознаваемые установки личности.

Социальные контакты психологически незрелого субъекта им самим также плохо осознаются и слабо регулируются. Такого понятия, как выстраивание отношений, для него не существует, а усилий других людей, направленных на выстраивание отношений с ним, он не замечает, не фиксирует и не запоминает. В любой социальной ситуации инфантильная личность очень подвержена гипнозу, магии, она теряет при нестандартном поведении партнера. У инфантильной личности, отмечают психоаналитически ориентированные авторы, референтный круг случаен и никак не ограничен. Из этого круга кто-то объективно значимый может быть полностью исключен, чаще всего ближайшие родственники; нередко из него исключены и многие хорошие знакомые, а немотивированное мнение случайного прохожего становится кардинально значимым. Реально инфантильная личность мало кого уважает (включая саму себя), независимо от их достоинств, и ее референтный

круг обычно довольно узок. Анализ структуры референтного круга инфантильного субъекта с ранжированием составляющих его лиц по степени их субъективной и объективной значимости дает возможность в процессе психотерапии осознать ключевые ценности и ориентиры, задающие индивидуальную систему восприятия и оценки персонажей и событий жизненного опыта.

Самоценность инфантильной личности непостоянна и находится в прямой зависимости от ее эмоционального состояния. На эмоциональном подъеме ее самоценность высока, на спаде – низка. Это человек, который совершенно спокойно, с паузой в две секунды будет говорить: «Я гений! Я ничтожество! Я ничего не стою! Я великолепен!» Он будет себя поочередно считать подарком своим друзьям или, наоборот, тяжелейшей для них ношей, поскольку у психологически незрелого субъекта нет ощущения уникальности, самостоятельного бытия. Для обретения хотя бы частичной устойчивости инфантильный человек привязывается: он привязывает себя к определенной роли, он привязывает себя к определенному коллективу, он привязывает себя к определенному внутреннему состоянию. У него всегда такое ощущение, что он спонтанен, что он живет здесь и сейчас, и его ничего не ограничивает. На самом деле ограничения существуют. Но эти этические ограничения подсознательны. Этика не прорабатывается им никак и не является объектом его внимания. Чаще всего он считает, что вся его жизнь зависит от внешних условий. «С волками жить – по волчьему выть». Если инфантильная личность совершает неэтичный поступок и ее спрашивают: «Тебе не стыдно?» – то она оказывается в некотором затруднении, потому что понимает, что надо было бы, чтобы было стыдно, но этого чувства почему-то нет. Этика инфантильной личности в ее осознаваемой части жесткая и прямолинейная. В психотерапевтической работе по осознанию и структурированию внутреннего психологического мира такого человека важное значение имеет анализ и сопоставление ранжированного ранее перечня референтных лиц с недифференцированными и неосознаваемыми ценностями и нормами инфантильного клиента, которые обычно складываются стихийно и в полной мере им не осознаются.

Инфантильная личность – это не тот человек, который отвечает сам за себя. У него нет чувства процесса, который происходит вокруг, у него нет чувства партнера. У него есть ощущение себя, которое иногда по каким-то неясным для него причинам выбрасывается наружу. Но, при всей его неадекватности, иногда он может быть очень обаятелен. Инфантильную личность любить непросто, потому что она спонтанна, часто неуместна и как будто не понимает, что происходит. Этот человек, что называется, прост. Он ничего не держит за пазухой, у него нет дли-

тельных сознательно-целенаправленных программ, искусных интриг. Но эта простота иногда оборачивается грубостью, которую не каждый его партнер и собеседник может переносить.

Такого понятия, как самореализация, для инфантильной личности не существует. У нее есть лишь представление о том, дали ей самовыразиться или не дали. Если не дали, то у нее внутри образуется душевное страдание, яд, который она должна немедленно излить в окружающее социальное пространство, или он отравит на какое-то время ее саму. Человек становится поэтому рабом своих желаний, рабом своих текущих намерений, которые он как будто насильно проводит в жизнь. И хотя он и считает, что адекватно воспринимает внешний мир, на самом деле это иллюзия. Говоря на психологическом языке, у него жесткий, грубый и схематичный формат восприятия. Он воспринимает лишь то, с чем заранее согласен. У него есть жесткие и ограниченные шаблоны мировосприятия, и все, что через них не проходит, отфильтровывается. Его внутреннее пространство – это непроработанные идеи, поскольку он их прорабатывать не умеет, обрывки фантазий, клочки волевых импульсов, не связанных ни символически, ни логически, ни эмоционально. Структурирование психологического мира инфантильного клиента предполагает поэтому на последующих этапах психологической помощи длительную аналитическую работу с формированием некоторой логической конструкции, опирающейся на нормы и ценности в лице значимых референтных лиц.

Во многом инфантильная личность – жертвенная фигура. Этот человек эгоистичен, не может самостоятельно вести длительные программы и, в принципе, очень уязвим.

Многие исследователи отождествляют понятия «инфантильная» и «истерическая» личность, отмечает В.Д. Менделевич. Эти понятия, безусловно, очень близки, пишет автор, но в то же время они требуют разграничения, поскольку, клиническая практика доказывает, что инфантильная личность отнюдь не всегда обладает характеристиками истерическими. По О.Кернбергу истерическая личность – это так называемая «сценическая личность». В отличие от истерической, инфантильной личности присущи диффузная эмоциональная лабильность, недифференцированные отношения с другими и поверхностность эмоций. О.Кернберг считает, что истерическая личность в целом является зрелой, инфантильная же личность «чрезмерно идентифицирует себя с другими и проецирует на них свои нереалистичные фантазии и намерения». Инфантильная личность демонстрирует детскую «прилипчивость» во всем, а не только в сексуальной сфере, причем детская зависимость нужна ей сама по себе, а не как защита против взрослых сексуальных отношений.

Инфантильность можно также наблюдать и у нарциссической личности, основными особенностями которой являются во многом инфантильные черты: частые разговоры о себе, чрезмерная потребность в любви и восхищении окружающих, противоречие между «раздутым» Я и чувством неполноценности, определенная внешняя зависимость от окружающих, примитивные защитные механизмы. Довольно часто во взаимоотношениях с другими людьми «они играют роль эксплуататоров или паразитов», а за внешней обаятельностью и заинтересованностью на самом деле скрываются холодность и жестокость.

Следует отметить в заключение, что преодоление черт инфантилизма с формированием и осознанием отношений личности возможно в ограниченном числе случаев, когда эти черты не являются составляющей частью целостной психической структуры, квалифицируемой как личностное расстройство. Подобная работа может быть продуктивной, если психологическая незрелость клиента обусловлена, например, жестким авторитарным стилем воспитания в родительской семье, когда индивидуальная психологическая природа ребенка игнорируется и подчиняется родительскому сценарию. По мере взросления в такой семье ребенок вступает в агрессивную конфронтацию с навязываемой ему системой ценностей и норм; привычной моделью поведения становится протест. Неизбежные социальные конфликты обращают формирующуюся личность к рефлексии, которая обнаруживает за протестной реакцией внутреннюю пустоту. Вопрос «Кто я?» приводит к психотерапевту с запросом: «Скажите мне, чего я хочу и что мне делать, чтобы получить то, что я хочу?»

### ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЦЕЛЮ ГАРМОНИЗАЦИИ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ

Тарновская Н.Н.

*Марийский государственный университет,  
кафедра психологии развития и образования, г. Йошкар-Ола*

Рак – это заболевание, которое поддается лечению, и желание пациента бороться с этим недугом является важной частью будущей победы, к которой заболевший приходит вместе с врачом. Однако, статистика пока такова, что в России ежегодно выявляется более 480 тыс. случаев злокачественных новообразований. Прирост показателя заболеваемости за последнее 10-летие превысил 14%. На учете в онкологических учреждениях России состоит более 2,6 млн. больных или 1,8% от всего населения страны. Каждый год около 200 тыс. онкологических больных впервые признаются

инвалидами, из них 40% находятся в трудоспособном возрасте [1]. В то же время в России каждый год от рака излечивается около 150 000 человек, и с разработкой новых методов лечения число исцелившихся будет неуклонно увеличиваться. Именно поэтому максимально полное возвращение больного к жизни в социуме после прохождения специализированного лечения становится задачей номер один как для онкологов, так и для онкопсихологов.

Онкологическое заболевание является одним из самых стрессовых в силу своей непредсказуемости, длительности лечения, возможной инвалидизации. Кроме того, устойчивые социальные стереотипы о неизлечимости рака, и, как следствие, вероятность скорого, часто мучительного ухода из жизни становятся причиной переживаний, которые ещё более усугубляют стресс. В результате больной тратит драгоценные ресурсы для борьбы не с болезнью, а со стрессом. В этой связи умение и желание «включиться» в борьбу за своё здоровье приобретает особенный смысл как для больного, так и для его близких. Многие авторы указывают на связь медицинского прогноза онкологического пациента с качеством жизни и характером психологической адаптации к болезни [2, 3, 4, 5]. Российские исследователи также показывают, что «качество психологической адаптации личности к ситуации онкологического заболевания определяется актуальным уровнем социально-психологических компетенций и особенностями совладающего со стрессом поведения» [6, с.5].

Деятельность автора в качестве психолога-волонтера в онкологических клиниках и частном консультировании пациентов Йошкар-Олы и Кирова подтверждает наблюдения коллег о душевных страданиях и переживаниях больных. Шок, растерянность, ощущение паники, потери контроля над собой, а нередко и полный отказ от лечения с неясным прогнозом – вот основные параметры, характеризующие больного, получившего онкологический диагноз. К этому нужно прибавить зачастую механическое выполнение врачебных предписаний и ожидание подобных директив от близких. Иными словами, больной часто демонстрирует желание «плыть по течению», отстраниться от участия в собственной жизни, снять с себя ответственность за любой исход ситуации. В то же время, статистика утверждает, что продолжительность жизни с некоторыми формами рака может составлять 10 и более лет [7]. Пациенты возвращаются в социум, не теряя, а в некоторых случаях – при смене мировоззренческих установок и отношения к существованию в целом – и улучшая качество жизни. Исходя из существующей классификации типов отношения к болезни, предложенной А.Е. Личко, единственным конструктивным принято считать гармоничный тип, который характеризуется адекватной оценкой своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни [8]. Больные

данного типа стремятся во всем активно содействовать успеху лечения, облегчить близким тяготы ухода за собой.

Психологическое консультирование больных с соматическими расстройствами, к которым относят и онкологические заболевания, чаще всего бывает направлено именно на создание реалистических установок по отношению к своему заболеванию. Поэтому одной из задач онкопсихолога является приведение установок всех типов больных (эргопатического, анозогнозического, тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического, апатического, сентивного, эгоцентрического, паранойального и дисфорического) к жизненным установкам гармоничного типа. Гармонизация психологического состояния и научение больного использовать собственные внутренние ресурсы становится для психолога, сопровождающего пациента в его непростом пути излечения и возвращения в здоровый социум, задачей номер один.

Каждый психолог-консультант и психотерапевт во время работы ставит перед собой задачу – вместе с клиентом прийти к выводу об ответственности человека за своё поведение, поступки, мысли. Данный аспект психологической культуры личности в конечном счёте влияет на гармоничное проживание её собственной судьбы. Повышение психологической культуры и психологической компетентности населения в целом становится и задачей государства [9].

Психологическая культура в нашем понимании – комплексное понятие, которое включает знания человека об основных факторах и законах развития внутреннего мира человека, способах и приемах психической саморегуляции. Однако, опыт автора, работающего в качестве психолога-волонтера с онкологическими больными, показывает, что уровень психологической культуры населения в России в целом сегодня пока ещё низок.

Одним из показателей психологической культуры личности, её зрелости является локус контроля. Именно он позволяет сделать вывод о степени независимости человека, его активности и самостоятельности. Локус контроля можно назвать также одной из самых значимых характеристик личности, поскольку он отображает уровень восприятия своей ответственности за происходящие события и их последствия [10]. Упомянутые факторы и помогают открыть дополнительные ресурсы для больного, которому предстоит борьба с онкологическим заболеванием. Мы рассматриваем изменение психологического состояния больного на более жизнеутверждающий и гармоничный, как значимый и в плане повышения качества жизни во время и после прохождения специализированного лечения, и в плане профилактики рецидивов заболевания. Именно поэтому одним из аспектов психологического сопровождения онкопациентов было решено поставить задачу гармонизации локуса контроля.

Работа проводилась в рамках психологического консультирования пациентов онкологического диспансера с различными стадиями заболевания, локализациями опухолей и на различных этапах лечения. В работе использовались опросники УСК (уровень субъективного контроля) Джулиана Роттера и опросник САН (самочувствие, активность, настроение) [11]. В качестве психокоррекционных методов были использованы авторские методики: упражнение «Что я хочу...», «Включаюсь», целью которых было повышение осмысления и осознания любых своих желаний и поступков, включая самые незначительные. Согласно нашей гипотезе, «включение» и осмысление деятельности и желаний позволяет пациенту остановиться, задать себе вопросы: «А в самом ли деле я этого сейчас хочу?», «Почему я хочу именно этого?», способствуя, таким образом, уходу от стереотипного реагирования на ситуации и повышению ответственности за принятие решений.

Согласно описанию опросника УСК, он диагностирует локализацию контроля над значимыми событиями, иными словами – уровень личной ответственности. УСК связан с ощущением человеком своей силы, достоинства, ответственности за происходящее, с самоуважением, социальной зрелостью и самостоятельностью личности. В то же время, когда люди говорят о своей (высокой) ответственности, они чаще говорят о своей готовности переживать чувство вины, что одинаково неконструктивно для психологического здоровья человека. Именно поэтому мы ставили перед собой цель изменить локус контроля онкологических больных с целью его гармонизации.

Второй диагностический этап проходил для разных пациентов спустя 2-5 месяцев. К этому времени многие заметили улучшение настроения, повышения осознанности и желания «ещё повоювать». Результаты опросника УСК подтвердили наше предположение о возможности работы по перемене локуса контроля для гармонизации психологического состояния пациента. Это сказалось и на отношении к лечению, и на качестве жизни больных.

Таким образом, работа по гармонизации локуса контроля с помощью применения методик, повышающих осознание и осмысление ежедневных жизненных выборов, может стать одним из аспектов работы психолога как в условиях онкологического стационара, так и в условиях частной практики.

#### *Литература*

1. Национальная онкологическая программа Министерства здравоохранения и социального развития России. Электронный ресурс. [http://www.oncology.ru/service/national\\_program/](http://www.oncology.ru/service/national_program/) Дата обращения 09.07.2014.

2. Чулкова В.А Психонкология (пособие для врачей) В.А, Чулкова, В.М. Моисеенко// СПб., 2007, 38с.
3. Сидоров И.П, Медико-социальная реабилитация в онкологии/ П.И, Сидоров, А.Н. Великолуг//Архангельск: Издат. цент СГМУ, 2006, – 568с.
4. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания. Дис. д-ра психол. наук/ В.В. Николаева// М., 1992.
5. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь/ А.В. Гнездилов// СПб., 2002,-162с.
6. Финагентова Н.В. Психологические ресурсы в профилактике рециивов при онкологических заболеваниях. Автореф. ... канд. психол. наук. Сакнт-Петербург, 2010, – 26 с.
7. Валерий Чиссов: борьба с онкологическими заболеваниями – медицинская и социальная задача. Медицинский вестник. Выпуск № (513), 19 марта 2010 года.
8. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд. доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1983.
9. Об утверждении Концепции создания Интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации. Приказ Минздравсоцразвития РФ N 1086, МЧС РФ N 550, Минобрнауки РФ N 2415, Минкомсвязи РФ N 241 от 29.09.2011. Национальный фонд развития здравоохранения. Электронный ресурс. <http://www.nfrz.ru>. Дата обращения 09.07.2014.
10. Реан А.А. Проблемы развития концепции локуса контроля личности/ А.А. Реан//Психол. ж., т.19, №4, 1998, с.3-12.
11. Психологические тесты в 2-х т. Том 1. М.: Владос-пресс, 2007. – 312 с.
12. Притчи. Электронный ресурс. <http://pritchi.ru/>. Дата обращения 09.07.2014.

## ПОИСК, ПЕРСОНИФИКАЦИЯ И КУПИРОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСКОМФОРТА У ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

**Ташаев Ш.С.**

*НИИ Психотерапии и Клинической Психологии,  
Санкт-Петербург*

**Введение.** Компоненты психики человека: восприятие, ощущения, эмоции, воля и др. прямо или косвенно участвуют в образовании, протекании и купировании практически любого соматического заболевания. Если хорошо известно, что эмоции и воля, например, оказывают

понижающее или повышающее воздействие на активность иммунной системы, то почти нет работ по влиянию восприятия и ощущений на психосоматические заболевания.

**Актуальность и значимость** данного исследования непосредственно обусловлена тем, что ни одно психосоматическое заболевание не начинается без изменения ощущений в теле и, соответственно, без реакции восприятия на эти изменения. При этом негативные ощущения, вызывающие дискомфорт в теле, способствуют возникновению состояния депрессии, страха, внутреннего неудовлетворения и повышенной раздражительности. Все это способствует усилению заболевания и увеличению продолжительности его течения.

Мы предположили, что психологическая работа с дискомфортом в теле, разрывая цепь рефлекторного подкрепления симптомов, будет положительно влиять на течение основного заболевания. С целью купирования негативного ощущения вызывающего дискомфорт в теле оставалось выбрать метод работы. Например: арт-терапия, работа с телом, аутогенная тренировка или разработка нового адекватного метода.

При решении поставленной задачи учитывалось, что телесные ощущения одномоментно объективны (в них всегда отражен внешний или внутренний раздражитель) и субъективны (зависят от состояния функциональных систем организма, например, нейроэндокринной и особенностей каждого человека).

Учитывая, что ощущения, как правило, многогранны и перерабатываются восприятием в целостную систему, нашей задачей было персонифицировать негативные ощущения (образ дискомфорта) в теле и провести с данным образом беседу в игровой форме. Подробная методика работы с дискомфортом дана в работах Ташаева Ш.С. (2006) и Sh. S. Tashaev (2011).

**Материал и методы исследования.** В исследовании участвовали четыре женщины: Н. 27 лет, А. 28 лет, К. 36 лет, П. 35 лет и один мужчина Ал. 24.

Диагноз у трех женщин: Н.; А.; К. –хронический тонзиллит в детско-подростковом возрасте, в результате у двух из них (Н. и А.) тотальная экстирпация желез, у К. частичное удаление желез. У П. диагноз шизофрения. У мужчины Ал. диагноз паническая атака и, по словам пациента, социофобия.

**Задачи по персонификации дискомфорта** решались следующим образом:

1. Выяснение наличия физического дискомфорта у пациента в настоящий момент;

2. Определение локализации области дискомфорта в виде какого-либо объема;
3. Персонификация ощущаемого объема;
4. Проведение «диалога» между персонифицированным дискомфортом и испытуемым;
5. Плавное завершение работы с обязательным освобождением испытуемого от физического и психологического дискомфорта и если необходимо от чувства вины.

**Результаты работы и обсуждение результатов.** Приводим усредненную схему действий по персонификации дискомфорта в теле.

Обычно, пороговые ощущения дискомфорта в теле определялись легко, а для локализации подпороговых ощущений дискомфорта мы просили испытуемого принять идеальную осанку и/или проводить какие-либо неудобные движения с вовлечением в движение заинтересованной области тела.

Затем, наводящими вопросами типа «на что это похоже?», «какую фигуру напоминает?» и т.п. добивались четкой визуализации пациентом образа дискомфорта.

Далее вовлекали испытуемого в веселую игру. Пациент «рисовал» выявленной в объеме фигуре: глаза, нос, уши. Таким образом, происходила персонификация дискомфорта в виде персонажа с собственным лицом.

Следующим шагом было налаживание воображаемого диалога испытуемого с персонифицированным дискомфортом.

Во время диалога с Н. персонифицированный дискомфорт выглядел в виде каких-то трубочек, торчащих у нее из носа, сама Н. ощущала чувство покинутости... У нее в анамнезе частое обострение хронического тонзиллита, с гиперемией зева, повышенной температурой, головными болями. Пробовали разобраться, что бы это значило. Выявили, что роды были тяжелые и родилась Н. в состоянии клинической смерти. При расспросе мамы, мама эмоционально все отрицала, однако в детской амбулаторной карте зафиксировано целых два года Н. тяжело болела, да еще это чувство покинутости и ощущение клинической смерти при рождении. В итоге мы договорились с персонифицированным дискомфортом, что отправим его в творческую мастерскую для детей, чтобы заниматься поделками. Гиперемия зева после нашей работы прошла полностью где-то через сутки, температура в подмышечной впадине нормализовалась сразу, ремиссия наблюдается в течение 6 месяцев.

Дискомфорт у А. представлял из себя некую темную тучу и угрожающе заявил, что он хочет уничтожить А. У нее в анамнезе частое обострение хронического тонзиллита, с гиперемией зева, повышенной

температурой и головными болями. Затем, по ходу разговора выяснилось, что это маленький испуганный ребенок, которому хочется заботы и любви. А. даже прослезилась и у нее пошли детские воспоминание, когда пренебрегали ее потребностью в уходе и заботе. По окончании сеанса работы температура стала нормальной, гиперемия зева полностью прошла и головные боли также отступили. Ремиссия продолжается в течение двух лет. А. Заявила, что теперь ей незачем болеть, она и так знает, как привлечь к себе заботу и внимание.

У К. в анамнезе частое обострение хронического тонзиллита с гиперемией зева, повышенной температурой и отеком горла с астматическим компонентом. Образ дискомфорта был похож на что-то очень неприятное, и К. решила сама покинуть это ощущение. Затем она попала в еще более неприятную для нее ситуацию, когда пьяная мама в ее присутствии вела неприличный разговор по телефону со своим любовником. Мы покинули и эту ситуацию и перенеслись в магазин полный детских игрушек, где К. была предоставлена сама себе и была счастлива. Обсуждать далее эту тему К. отказалась, но температура снизилась с 39°C до 36,9°C и аллергический астматический компонент прошел. Вызванная неотложная помощь констатировала удовлетворительное состояние здоровья. Подобные состояния теперь встречаются у К. значительно реже – один раз в два-три года вместо одного двух раз в три месяца.

Рассматривая все три случая, можно сделать вывод, что снятие дискомфорта, влияет на симптомы проявления болезни, вплоть до снижения температуры и нормализации, в данном случае, слизистой зева, причем ремиссия держится длительное время. Предположительно причина заболевания во всех трех случаях отсутствие в детском возрасте пациенток удовлетворения потребности в уходе и заботе.

*Пациентка П.* (в анамнезе жалобы на бредовые идеи, имеющие шизоаффективный характер) заявила, что ей не хочется жить. Образ дискомфорта походил на неприятный дымок, который находился в области грудины пациентки. При разговоре с дискомфортом всплыла ситуация из детства, когда мама насильно, буквально выкручивая пальчики на руках П., цеплявшейся за перила лестницы, тянула ее в детский сад. При обращении к дискомфорту с просьбой оставить ее, дискомфорт ответил, что он ее защищает, что без него она погибнет. Чтобы он оставил ее, она должна научиться справляться сама со своими трудностями. Для нас было неожиданным, что даже шизофрения может выступать в качестве инструмента защиты личности. К сожалению, ситуация с данной пациенткой сложилась так, что работа с ней по независимым от нас обстоятельствам надолго прервалась. Ремиссия продлилась всего полгода. Далее она вернулась к приему нейролептиков.

*Пациент А.*, иногородний в анамнезе жалобы на непереносимость общества, агорафобия и резкий негативизм при случайном телесном контакте, приходил на сеансы только в сопровождении отца. Он сразу заявил, что у него социофобия и он не знает, чем мы ему можем помочь. Образ дискомфорта был в виде человечиков одетых во все черное, вплоть до обуви и шляп. Пробовали переодевать их и перекрашивать одежду, пока случайно не всплыла картина из детства: пациенту в возрасте 5-6 лет надо пройти вдоль забора, но там находится огромная собака злобного вида. Мы подружился с собакой и пациенту стало очень легко. Он сказал, что теперь ему ничто не мешает. Прошел наш терапевтический тренинг «Доминанта» и уже без сопровождения отца самостоятельно уехал домой. Ремиссия длится уже более двух лет. Сейчас он самостоятельно переехал в Петербург жить и работать.

На основании двух последних случаев, можно заключить, что и в случае психотерапии неврозов и невроз подобных ситуаций работа с персонификацией дискомфорта и ведения с ним «диалога» дает положительный эффект.

Таким образом, предложенный метод работы с персонифицированным дискомфортом является хорошим дополнением к уже имеющимся методам психотерапевтической работы при психосоматических заболеваниях.

#### **Выводы.**

1. Метод персонификации дискомфорта в теле пациента является адекватным методом работы с психосоматическими больными.
2. Результаты работы по персонификации дискомфорта могут проявляться мгновенно и сохраняться на длительный срок.
3. Предложенный метод является новым дополнением к уже имеющимся методам работы с неврозами и невроз подобными состояниями.

#### *Литература.*

1. Prof. Sh. S. Tashaeв, Research Institute of Psychotherapy and Clinical Psychology, International Journal of ISPPM, 2011
2. Шамиль Ташаев, Влияние импринтинга в момент родов на последующую жизнь индивидуума, «Репродуктивное здоровье общества» (сборник научных трудов членов Российской Ассоциации Перинатальной Психологии и Медицины), Санкт-Петербург, 26-30 мая 2006.

## **ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ**

**Ташлыков В.А.**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
кафедра терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда,  
Санкт-Петербург*

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 общемедицинской 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.

Хронические болевые синдромы встречаются при различных видах патологии. Речь чаще всего идет о таких заболеваниях как :

- 1) соматоформные расстройства (соматизированное и ипохондрическое расстройства, соматоформная вегетативная дисфункция – «неврозы органов», хроническое соматоформное болевое расстройство);



- 2) посттравматическое стрессовое расстройство;
- 3) головные боли напряжения;
- 4) хроническая боль в спине;
- 5) соматизированная депрессия;
- 6) ревматические заболевания (ревматоидный артрит, подагрический артрит, остеоартроз, спондилоартриты, фибромиалгии);
- 7) онкологические заболевания

В настоящее время классификация боли не устоялась. Исходя из различий в анатомии и патофизиологии большинством авторов предложено рассматривать три вида боли : ноцицептивная, нейропатическая и дисфункциональная. Ноцицептивная боль возникает вследствие раздражения болевых рецепторов тепловыми, холодными, механическими, химическими стимулами или воспалением (например, ревматоидный артрит или остеоартроз). Нейропатическая боль возникает при повреждении при ЦНС : травме нерва, диабетической полинейропатии, постгерпетической невралгии, последствиях инсульта и др. Дисфункциональная боль возникает при отсутствии органического повреждения. Основными факторами ее являются психологические, социальные факторы и эмоциональный стресс, т.е психогенные боли. Примеры: соматоформное расстройство, головные боли напряжения, фибромиалгия, синдром раздраженного кишечника и др..

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 не отличаются друг от друга.

Пациент с хронической 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 дисфункциональной болью наибольшее внимание привлекают страх, тревога и депрессия. Проведение психодиагностики при хронической 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, 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 когнитивной и поведенческой терапии, методики релаксации, техники визуализации, гипнотерапия. 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 по-

вышение 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 amitриптилина, и кломипрамина (анафранила), а также сертралина (золот, стимулотон). В последнее время с этой же целью получает применение антидепрессанты двойного действия (в отношении нейромедиаторов серотонина и норадреналина), в частности, мirtазапин (ремерон, мирзатен), 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 галериджен.

Среди всех бензодиазепинов в нашей стране наиболее часто врачами всех специальностей при лечении тревожных, соматоформных расстройств используется феназепам. Он обладает анксиолитическим, седативным, снотворным, миорелаксирующим эффектами, что способствует повышению болевого порога. Этот препарат привлекает внимание врачей не только своей хорошей эффективностью, но и ценой, а также тем, что феназепам можно выписывать на обычном рецепте (рецептурный бланк № 107 у). Обычный режим дозирования по 0,25-1,0 мг за 20-30 минут до сна. Курс лечения не превышает 3-4 недели.

«Мягкий» нейролептик галериджен обладает седативным и снотворным эффектами, снижающими повышенную раздражительность при хронической боли, 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 синдромом дисфункциональной или даже, более широко понимаемой на основе биопсихосоциальной концепции болезни хронической боли, наряду с базисной терапией основного заболевания, наиболее адекватным дополнением является комплексное лечение, включающее психотерапию и психофармакотерапию.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

**Телятников Г.Б.**

*СПбГБУЗ «Городская больница Св. Великомученика Георгия»,  
Научно-информационный центр АРТ, Санкт-Петербург*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются распространенной формой неврологической патологии в России. Цереброваскулярные болезни являются одной из ведущих причин смерти и инвалидизации. По данным статистики более 460 тыс. человек ежегодно переносят ОНМК, и более 30% из них умирают. Так же наблюдается тенденция возникновения ОНМК у лиц моложе 60 лет. Наиболее значимыми факторами риска развития ОНМК по-прежнему являются проблемы сердечно-сосудистой системы, наиболее значимыми из которых являются артериальная гипертензия и гипертоническая болезнь. Гипертоническая болезнь является одним из наиболее часто развивающихся психосоматических заболеваний, психологическая природа развития которого не вызывает сомнений у клиницистов. Согласно Фременгемскому исследованию, риск развития ОНМК и поражение органов-мишеней при повышении артериального давления (АД) выше, чем при нормальных цифрах АД. Согласно данным статьи «Современный клинический анализ цереброваскулярных заболеваний: узловые вопросы дифференциальной диагностики и патогенетического лечения» Живолупова С.А., Самарцева И.Н. (Фарматека, 2012. – № 7) многие социально-психологические факторы являются причиной развития различных цереброваскулярных болезней, а не только артериальной гипертензии и гипертонической болезни. Можно утверждать, что психологические факторы играют не последнюю роль в развитии такого патологического состояния как ОНМК.

В настоящее время особое внимание уделяется междисциплинарному подходу к диагностике, лечению и реабилитации пациентов,

перенесших ОНМК. В условиях современного развития системы здравоохранения возможно комплексное, междисциплинарное, лечение и ранняя реабилитация пациентов данного профиля. Комплексное лечение подразумевает срочную госпитализацию (оптимально в течение первых часов развития ОНМК) в специализированные сосудистые центры и активную раннюю реабилитацию. Особое значение в ранней реабилитации приобретают вопросы формирования адекватного восприятия пациентом своего состояния здоровья.

Ранняя реабилитация включает в себя действия, направленные не только на восстановление физических функций организма, но и на восстановление нарушенных психических функций, а так же коррекцию социально-психологического состояния пациента. Учитывая сложность патологии и необходимость комплексного междисциплинарного подхода, необходимо выделить основные аспекты реабилитации.

#### **Основные этапы реабилитации при ОНМК**

1. Медицинская реабилитация (фармакотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура и массаж).
2. Психологическая реабилитация.
3. Социальная реабилитация.
4. Профессиональная реабилитация.

В ходе реабилитации 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. Клинические проявления невропатической боли при инсультах могут включать в себя чувство жжения, онемение в конечностях, гиперпатии, болезненные дистонии. У части пациентов развивается центральный болевой синдром. Для центрального болевого синдрома характерно возникновение острых, жгучих болей на стороне противоположной очагу поражения. Боли могут усиливаться при перемене положения тела, прикосновениях, изменениях эмоционального статуса и даже при изменении погоды. У большинства больных отмечается выраженный астенодепрессивный синдром со значительными колебаниями настроения. Все это в свою очередь может приводить к ухудшению общего состояния и нарастанию болей. Также у значительного числа пациентов наблюдаются нарушения высших психических функций и органов чувств. Выраженность болевого синдрома существенно снижает показатель качества жизни пациентов по шкале Бартела. Все это в целом приводит к серьезным психологическим проблемам, от решения которых зависит успешность проведения реабилитационных мероприятий.

Говоря о психологических аспектах болевого синдрома, следует в первую очередь обратить внимание на то, что реакция на болевые ощущения нередко зависит не только от причины и характера боли, но и от психологических особенностей человека. Особое значение психологические аспекты приобретают при хронических болевых синдромах. При решении задач реабилитации у пациентов с центральным болевым синдромом необходимо учитывать не только личностные особенности, но и патологические изменения, приведшие к развитию центрального болевого синдрома. Сложность психологической работы с такими пациентами заключается в первую очередь в общей тяжести состояния, наличии большого количества осложнений и изменений в функционировании организма, особенно, если в клинической картине возникают не только физические, но и психические нарушения.

Субъективная оценка боли у пациентов с ОНМК зачастую осложняется наличием серьезных двигательных и речевых нарушений. Кроме этого необходимо отметить, что и сам болевой порог имеет существенные различия. Болевой порог зависит не только от биологических характеристик индивида, но имеет выраженный психологический компонент.

Эмоциональные нарушения, связанные с основной проблемой становятся дополнительным фактором усиления болевого синдрома. К тому же 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.

В ходе лечения и реабилитации у пациентов формируется определенная картина болезни и изменяется картина здоровья. Каждый находит свои стратегии преодоления боли, 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 хронического болевого синдрома. Весьма перспективным представляется междисциплинарный, интегративный, подход, позволяющий оказывать влияние на патогенетические факторы, а не только на конкретные симптомы и синдромы. В этом отношении интересным представляется интегративный подход, изложенный С.А. Парцерняком в книге «Интегративная медицина: путь от идеологии к методологии» (2007). 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.

#### *Литература.*

1. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М., Деев А.Д., Глазачев О.С., Гусев Е.И., Беляева И.А., Сударев А.М. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России. Электронная публикация. [Http://www.cardiorisk.ru/pdf/cardiorisk-1.pdf](http://www.cardiorisk.ru/pdf/cardiorisk-1.pdf) (дата обращения 10.10.2014)
2. Основы ранней реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. / под ред. Скворцовой В.И. М.: Литтерра, 2006. – 104 с.
3. Парцерняк С.А. Интегративная медицина: путь от идеологии к методологии. Под ред. акад. РАМН А.В. Шаброва. СПб.: Нордмедиздат, 2007. – 424 с.

### **ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВРАЧЕЙ**

**Троиц Е.Б., Решетова Т.В., Ермолаева О.С.**

*ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,  
кафедра акушерства и гинекологии им. С.Н. Давыдова,  
Санкт-Петербург*

Эффективность лечения методами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) за последние годы практически не изменилась. Частота наступления беременности в расчете на цикл остается около 32%, родов – 20%. Продолжаются поиски причин недостаточной эффективности программ ВРТ и возможности влияния на них.

**Цель исследования:** определить причины неэффективности экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), финансируемого государственными программами, с точки зрения врачей акушеров-гинекологов.

**Материалы, методы, дизайн исследования.** Проведено интервьюирование 35 врачей акушеров-гинекологов «Какова на ваш взгляд причина недостаточной эффективности ЭКО, финансируемого из средств государственного бюджета?» Все врачи были разделены на две группы. В первую группу вошли 14 докторов, которые сталкивались с ЭКО в жизни и на службе больше 30 раз (до 500 раз). Вторую группу составил 21 врач; в их практике женщин, прошедших лечение методом ЭКО, было от 1 до 20.

**Результаты исследования.** Обе группы докторов сходятся во мнении, что основными причинами недостаточной эффективности ЭКО являются профессионализм врача 43% (и первая, и вторая группа) и недостаточное финансирование программ ЭКО государством 43% – первая группа, 48% – вторая группа.

Доктора, которые сталкивались с ЭКО чаще (в среднем 106 раз – это делает их мнение статистически убедительным), причинами недостаточной эффективности ЭКО видят также значимость настроения самой женщины и ее семьи 43%, «недообследованность» 36%, прохождение ЭКО пациентками, заранее обреченными на неуспех (проблема отбора пациентов) 36%.

Врачи, которые в среднем видели в своей жизни по 10 пациентов, прошедших ЭКО, говорят о настрое женщины вдвое меньше (24%), чем практики; еще 24% винят общее нездоровье женщины. Единицы пишут о «недообследованности», о невыявленных причинах бесплодия, о слабых технологиях, 14% винят недостаток научных достижений в ВРТ и несовременные технологии, дальность расположения центров ЭКО, а некоторые – даже социально-экономическое положение в стране.

**Обсуждение.** Большая часть докторов видят причиной недостаточной эффективности программ ЭКО профессионализм врача, включающий: опыт, стремление к самосовершенствованию, число проведенных лечебных циклов, частоту осложнений (особенно требующих госпитализации), способность к осуществлению индивидуального подхода к пациентке, выбору схемы стимуляции, дню и методу переноса (одномоментный или двойной), умение балансировать между эффективной стимуляцией и отсутствием гиперстимуляции, выполнять «бережный» перенос эмбриона.

Что касается недостаточного финансирования программ ВРТ государством, занимающего по мнению большинства врачей, одну из ведущих позиций, то в системе обязательного медицинского страхования

(ОМС) существует бюджет, направленный для лечения одной пациентки по программе ВРТ. Выделенные средства предусматривают ограничение суммарной дозировки используемых гонадотропинов для стимуляции суперовуляции (до перевода большей части пациенток в систему ОМС федеральная программа финансирования высокотехнологичной медицинской помощи предоставляла больше свободы при назначении дозировок гонадотропинов). В связи с этим в некоторых ситуациях докторам приходится уменьшать требуемую дозировку гонадотропинов для стимуляции суперовуляции, чтобы не выйти за рамки выделенного бюджета, при этом порой жертвуя результатом лечения. Данная проблема перекликается с проблемой отбора пациенток для программы ЭКО. В Российской Федерации на сегодняшний день при отборе кандидатов на лечение методами ВРТ нет никаких ограничений ни по возрасту, ни по числу попыток лечения. В связи с чем, на лечение методами ВРТ приходят пациентки старшего возраста (>40 лет), часто со сниженным овариальным резервом. Для стимуляции суперовуляции таких женщин требуются большие дозировки гонадотропинов. В России в период с 2009 года по 2012 год число пациенток старше 40 лет, проходящих лечение методами ВРТ (суммарно ЭКО и ИКСИ) за счет государственных средств, возросло с 3472 до 6104 женщин. Процент этой возрастной группы ( $\geq 40$  лет) от общего числа пациенток составил в 2009 году 10,6%, в 2012 году – 13,2%. Число родивших женщин старшего возраста, хотя и увеличился с 7,2% в 2009 году до 8,9% в 2012 году, все же остается довольно низким в сравнении с другими возрастными группами (в группе  $\leq 34$  лет в 2009 году 26,4% родивших, в 2012 – 27,1%, в группе 35-39 лет в 2009 году – 19,7%, в 2012 – 20,8%) [1,2]. Низкие шансы на успех лечения имеют не только пациентки старшего возраста [3], но и женщины с небольшим числом антральных фолликулов [4], низким уровнем антимюллерова гормона (АМГ) [5, 6, 7], высоким уровнем индекса массы тела [8]. Сочетание этих факторов сводит успех лечения практически к нулю. Предоставление неограниченного количества попыток лечения таким пациентам заведомо снижает общую результативность программ ВРТ.

Настрой самой женщины часто обусловлен обстоятельствами жизни. Негативный настрой на лечение и его результат может возникнуть у пациенток, имеющих длительное бесплодие и историю его лечения в анамнезе, прошедших через несколько неудачных попыток ЭКО. Такие потерявшие надежду на успех женщины, испытывают чувство раздражения и вины. У них могут развиваться тревожность и депрессия, что оказывает влияние на приверженность к терапии, негативно влияя на исход лечения методами ВРТ [9, 10].

Доктора также указывают на проблему «недообследованности» и некачественной подготовки женщин для проведения лечения

методами ВРТ. Не смотря на то, что существует Порядок обследования при подготовке женщин к программе ВРТ [11], часть пациенток приезжают на лечение с нарушенными гормональными показателями, в фазе обострения хронических заболеваний, с TORCH-инфекций, с проявлениями урогенитальной инфекции, кистами в яичниках, образованиями эндометрия или на месте наспех проводят необходимую терапию. Репродуктологи вынуждены в некоторых случаях не начинать лечение, отправлять женщин домой. Пациентки, чтобы пройти лечение по бюджету методами ВРТ, приезжают в другие города, где предоставляется такая возможность, порой едут на другой конец страны. У ряда пациенток не определена причина бесплодия. В итоге теряется время на переезды, растут личные затраты женщин. Части этих женщин при более тщательной диагностике, возможно, не только установить причину бесплодия, но и добиться успехов в его лечении без использования методов ВРТ.

**Заключение.** Большинство акушеров-гинекологов считают причинами неэффективности ЭКО недофинансирование и непрофессионализм врача. Проблему «недообследованности» и подготовки женщин к программе ЭКО необходимо решать на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. Эффективное влияние на настрой женщины может оказать скорее работа с психологом, психотерапевтом. В идеале, если данный специалист будет включен в штат репродуктивной клиники. Профессионализм врача улучшать с помощью участия в циклах повышения квалификации, тематических семинарах, конгрессах.

#### **Выводы.**

1. Доктора, компетентные в ЭКО, причинами неэффективности ЭКО видят проблему отбора пациентов, «недообследованность» женщин, настрой самой женщины.

2. Врачи, которые не часто встречались с ЭКО, винят государство, несовременные технологии, общее нездоровье женщины.

3. Для увеличения результативности программ ВРТ, целесообразно ужесточить отбор пациенток для бюджетных программ и исключить возможность ЭКО заведомо обреченным на неуспех пациенткам.

#### *Литература.*

1. РАПЧ. «Регистр центров ВРТ. Отчет за 2012 год»
2. РАПЧ «Регистр центров ВРТ России. Отчет за 2009 год»
3. Yan J, Wu K., Tang Rю Effect of maternal age on the outcomes of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET) // Science China. Life Sciences – 2012. – Vol. 55, № 8.
4. Mutlu M. F., Erdem M., Erdem A. Antral follicle count determines poor ovarian response better than anti-müllerian hormone but age is the only

- predictor for live birth in in vitro fertilization cycles // Journal of Assisted Reproduction and Genetics – 2013. – Vol. 30, №5. – P. 657-65
5. Honnma H., Baba T., Sasaki M. Different ovarian response by age in an anti-Mullerian hormone-matched group undergoing in vitro fertilization // Journal of Assisted Reproduction and Genetics – 2012. – Vol. 29, №2.
6. Lee, Robert KK; Wu et al. The predictability of serum anti-Mullerian level in IVF/ICSI outcomes for patients of advanced reproductive age // Reproductive Biology and Endocrinology – 2011. – Vol. 9. – P. 115.
7. Patrelli T. S.; Gizzo S.; Sianesi N. et. al. Anti-Mullerian Hormone Serum Values and Ovarian Reserve: Can It Predict a Decrease in Fertility after Ovarian Stimulation by ART Cycles? // PLoS One – 2012. – Vol. 7, №9.
8. Ferlitsch K., Sator M.O., Gruber D.M. Body Mass Index, Follicle-Stimulating Hormone and Their Predictive Value in In Vitro Fertilization // Journal of Assisted Reproduction and Genetics – 2004. – Vol. 21, №12. – P. 431-6
9. Li X.H., MA Y.G., Geng L.H. et al. Baseline psychological stress and ovarian norepinephrine levels negatively affect the outcome of in vitro fertilization // Gynecol. Endocrinol. – 2011. – Vol. 27, № 3. – P. 139–143.
10. Yuan An, Zhuangzhuang Sun, Linan Li et al. Relationship between psychological stress and reproductive outcome in women undergoing in vitro fertilization treatment: Psychological and neurohormonal assessment // J. Assist. Reprod. Genet. – 2013. – Vol. 30. – P. 35-41.
11. Приказ Минздрава РФ № 107н от 30.08.2012 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СПОСОБЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КОСТЕЙ

Усманова Е.Б.

*СПбГУ, кафедра медицинской психологии  
и психофизиологии, Санкт-Петербург*

**Введение.** В течение последних десятилетий в мировой науке отмечается рост числа исследований, посвященных связанному со здоровьем качеству жизни (КЖЗ). Особенно выделяется интерес исследователей к КЖЗ и внутренней картине болезни онкологических больных в связи с объективной тяжестью заболевания, витальной угрозой, нередко сопровождающей болезненный процесс, и частотой распространения психологических трудностей среди онкологических пациентов [1]. Понимание

КЖЗ соматического больного невозможно без исследования специфики психосоматических и соматопсихических зависимостей, а также психологических механизмов и факторов адаптации к болезни [2].

**Целью** данного исследования является изучение КЖЗ и стратегий стресс-преодолевающего поведения больных саркомой костей и гигинтоклеточной опухолью (ГКО).

**Материал** исследования составили данные, полученные в ходе психологического исследования пациентов, находящихся на стационарном лечении в Российском Онкологическом Научном Центре РАМН им. Н.Н. Блохина, в Хирургическом Отделении Общей Онкологии. Всего было исследовано 102 пациента. Из них 62 (61%) мужчины и 40 (39%) женщин; средний возраст пациентов составил 35,43±1,4 лет. В ходе исследования пациенты были разделены на три группы в зависимости от диагноза. Первую группу (А) составил 41 пациент, страдающий остеосаркомой, II В стадия. Во вторую группу (В) вошел 31 пациент с ГКО. В третью группу (С) вошли 30 пациентов с хондросаркомой G1,G2.

**Методы исследования.** В целях изучения КЖЗ больных саркомой костей и ГКО использовался опросник качества жизни «SF- 36 Health Status Survey» и специализированный опросник качества жизни EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionary-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer) с модулем ВМ 22 [3,4]. В целях выявления преобладающей стратегии стресс-преодолевающего поведения больных использовался опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) [5].

**Результаты исследования и обсуждение.** Результаты исследования КЖЗ пациентов с саркомой костей и ГКО с помощью методики «SF-36» представлены в таблице 1.

*Таблица 1*

*Показатели качества жизни, связанного с общим статусом здоровья, пациентов с саркомой костей и ГКО*

Шкалы «Краткого общего опросника оценки статуса здоровья» (SF-36)	Пациенты с остеосаркомой (n=41) А	Пациенты с ГКО (n=31) В	Пациенты с хондросаркомой (n=30) С	Достоверные различия
	М±m	М±m	М±m	
Общее здоровье (GH)	59,73±3,19	58±2,6	58,63±3,75	
Физическая активность (PF)	49,38±4	41,77±4,88	53,83±6,6	
Роль физических проблем (RP)	33,13±6,11	22,58±6,7	40±8,14	BC*

Роль эмоциональных проблем (RE)	47,5±6,93	48,39±7,99	58,89±8,08	
Социальная активность (SF)	65,63±4,41	60,89±4,55	69,17±5,2	
Боль (BP)	52,75±4,82	47,48±4,97	47,07±5,02	
Жизненная активность (VT)	62,13±3,53	60,48±2,8	63,67±4,42	
Психическое здоровье (MH)	65,6±3,27	61,29±2,82	64±3,93	

Примечание. В этой и последующих таблицах в графе «Достоверные различия» знак \* соответствует уровню статистической значимости  $0,05 < p < 0,1$ ; \*\* –  $p < 0,05$ ; \*\*\* –  $p < 0,01$ .

В методике SF-36 большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам качества жизни. Например, высокие оценки по шкале «Боль», означают то, что болевой синдром лишь незначительно ограничивает жизнедеятельность и социальное поведение больных. Максимальная оценка по всем шкалам – 100.

Результаты, представленные в таблице 1, свидетельствуют о наличии статистически значимых различий между пациентами с ГКО и больными хондросаркомой по шкале «Роль физических проблем». Больные ГКО значимо больше, чем больные хондросаркомой, ограничены в своей повседневной активности (в работе, будничной деятельности) в связи с физическим состоянием.

В таблице 2 представлены данные, полученные с помощью методики EORTC QLQ C-30.

Таблица 2

Показатели качества жизни, связанного с тяжелым поражением опорно-двигательного аппарата (саркомой костей)

Шкалы «Усовершенствованного опросника качества жизни» EORTC QLQ C-30	Пациенты с остео Sa n=41 A	Пациенты с ГКО n=31 B	Пациенты с хондро Sa n=27 C	Достоверные различия
	M±m	M±m	M±m	
Общее состояние здоровья (QL2)	56,3±3,46	47,85±4	52,78±5,96	AB*
Физическая активность (PF2)	65,69±3,67	63,23±4,04	68,64±4,77	
Ролевая активность (RF2)	56,91±5,34	52,15±5,49	62,35±6,1	

Эмоциональная активность (EF)	70,73±3,69	69,62±4,22	70,06±4,45	
Когнитивная активность (CF)	84,96±3,16	82,26±3,51	81,48±4,28	
Социальная активность (SF)	64,63±5,6	56,45±5,01	72,84±5,81	BC**
Слабость (FA)	41,19±3,97	41,58±3,99	41,98±5,25	
Тошнота и рвота (NV)	8,13±2,64	5,38±2,14	3,7±2,28	
Боль (PA)	39,43±5,03	52,15±5,87	49,38±6,31	AB*
Одышка (DY)	21,14±4,68	12,9±4,06	18,52±5,83	
Бессонница (SL)	33,33±5,14	35,48±5,65	44,44±7,02	
Потеря аппетита (AP)	24,39±4,41	33,33±5,44	20,99±6,05	
Констипация (CO)	13,82±4,25	15,05±4,4	17,28±5,25	
Диарея (DI)	4,88±1,89	6,45±3,3	7,41±3,31	
Финансовые затруднения (FI)	56,1±5,33	59,14±6,23	53,09±6,35	
Шкалы модуля QLQ-BM22				
Локализация боли (BMPS)	18,54±1,97	24,67±3,32	22,93±4,05	AB*
Характер боли (BMPC)	25,47±4,88	32,96±4,68	33,78±5,34	
Ограничения активности (BMFI)	67,07±4,4	60,97±3,94	62,67±5,34	
Психосоциальные аспекты (BMPA)	45,8±3,46	43,15±3,44	49,33±3,56	

Примечание: в методике EORTC QLQ C-30 для функциональных шкал и шкалы общего статуса здоровья наилучшее состояние пациента соответствует 100% (или баллов), а наихудшее состояние – 0. Для всех симптоматических шкал наилучшее состояние соответствует 0, а наихудшее – 100 баллам. (Fayers P. at al., 1995)

Как видно из таблицы 2, пациенты с остеосаркомой оценивают общее состояние своего здоровья выше, чем пациенты с ГКО. Приведенные данные также свидетельствуют о различиях между группами больных хондросаркомой и ГКО по шкале «Социальная активность»: больные, страдающие хондросаркомой, обладают большей социальной активностью, чем пациенты с ГКО.

Кроме того, качество жизни больных с ГКО ниже, чем качество жизни пациентов с остеосаркомой, по параметру болевых ощущений,

о чем свидетельствуют статистически значимые различия между группами пациентов по шкалам «Боль» и «Локализация боли».

Таким образом, согласно данным методик SF-36 и QLQ C-30, являющихся взаимодополняющими, КЖЗ больных ГКО значимо ниже, чем КЖЗ больных саркомой костей. При этом клинические данные свидетельствуют об отсутствии различий в объективном соматическом статусе пациентов. Полученные различия могут быть интерпретированы в контексте психологических механизмов формирования субъективной составляющей качества жизни, связанного со здоровьем [6]. В частности, данные различия могут быть объяснены с учетом стратегий стресс-преодолевающего поведения.

В таблице 3 представлены результаты изучения стратегий стресс-преодолевающего поведения больных саркомой костей и ГКО.

Таблица 3

Показатели стратегий стресс-преодолевающего поведения больных саркомой костей и ГКО

Шкалы методики «Способы совладающего поведения» (ССП)	Пациенты с остеосаркомой (n=40) А	Пациенты с ГКО (n=31) В	Пациенты с хондросаркомой (n=26) С	Достоверные различия
	M±m	M±m	M±m	
Конфронтация	49,05±1,57	47,42±1,6	47±2,43	
Дистанцирование	49,68±1,54	49,39±2,07	48,12±2,78	
Самоконтроль	48,73±1,63	47,84±2,08	45±2,86	
Поиск социальной поддержки	48,45±2,03	49±1,82	46,5±2,07	
Принятие ответственности	45,1±1,85	47,81±1,56	44,12±1,97	BC*
Бегство-избегание	52,48±1,14	48,19±1,84	47±2,55	AB**AC**
Планирование решения проблемы	48,8±1,81	47,13±1,89	47,58±2,39	
Положительная переоценка	51,45±1,87	47,81±1,92	47,38±2,19	AB*

Как видно из таблицы 3, для больных саркомой костей и ГКО характерно умеренное использование стратегий стресс-преодолевающего поведения, без преобладания определенной стратегии. Однако выявлены различия между группами больных. Пациенты с ГКО более склонны признавать свою роль в возникновении проблемы и ответственность за ее решение, чем больные хондросаркомой.

В контексте рассмотренных выше различий между больными остеосаркомой и пациентами с ГКО в субъективной оценке общего состояния здоровья и болевых ощущений, более высокие оценки своего КЖЗ больными остеосаркомой могут быть рассмотрены в связи с преобладанием у этих пациентов стратегии «Положительная переоценка», по сравнению с больными ГКО. Пациенты с остеосаркомой более, чем больные ГКО, склонны преодолевать негативные переживания в связи с проблемой за счет ее положительного переосмысления, с чем может быть связано их лучшее КЖЗ. При этом также необходимо обратить внимание на преобладание у больных остеосаркомой стратегии «Бегство-избегание», рассматриваемой как неадаптивная, по сравнению с больными ГКО и хондросаркомой, что также может влиять на оценку КЖЗ пациентами данной группы.

**Заключение.** Таким образом, несмотря на схожесть клинической картины, больные ГКО оценивают общее состояние своего здоровья ниже, а болевые ощущения как более интенсивные, по сравнению с больными остеосаркомой. Кроме того, пациенты с ГКО испытывают большие трудности в повседневной деятельности в связи со своим физическим состоянием и оценивают свою социальную активность как более низкую, по сравнению с больными хондросаркомой. При этом пациенты с ГКО более склонны брать на себя ответственность в проблемной ситуации, чем пациенты с хондросаркомой. Для больных остеосаркомой более характерна положительная переоценка событий в сложной ситуации, чем для больных ГКО, причем больные остеосаркомой более склонны вести себя по типу «бегство-избегание» в проблемной ситуации, чем пациенты остальных групп. Данные различия в стратегиях стресс-преодолевающего поведения, рассматриваемые в общем контексте адаптации к онкозаболеванию, могут частично объяснить различие в оценке своего КЖЗ больными разными нозологическими формами онкологической патологии костей при сходном объективном соматическом статусе.

#### Литература.

1. Касимова Л.Н., Жиряева Т.В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями. // Психические расстройства в общей медицине. – 2009, №1.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. // Сибирский психологический журнал. – 2008, №27.
3. Вассерман Л. И. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – СПб. – М.: Изд. Центр «Академия», 2003. – 736 с.



4. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology //J. Nat. Cancer Inst.1993.V. 85. P. 365–375.
5. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования //Эмоциональный стресс/ Под ред. Л.Леви.: Медицина, 1970.- 328с. – С.178-208.
6. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. – СПб.: Речь, 2011а. – 271 с.

### **ПСИХОДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ И АУТОТРЕНИНГА**

**Успенская С.Ю., Лященко Л.А., Табидзе А.А.**

*ГБУ г. Москвы «Московская служба психологической помощи населению (МСППН)», Научный Центр Минобрнауки РФ  
«Психотерапевтическая педагогика» Москва*

Исследование влияния музыкотерапевтических программ и аутогенных тренировок на состояние здоровья клиентов проводилось в рамках экспериментальной программы на базе ГБУ г. Москвы «Московская служба психологической помощи населению». В эксперименте принимало участие 31 человек.

Все клиенты и клиентки пришли с жалобами на плохой сон, конфликтные отношения с близкими, повышенную тревожность, болевые симптомы в различных частях тела.

В качестве психокоррекции применялись музыкотерапевтические программы различных разработчиков – проф. Петрушина В.И., доц. Элькина В.М., проф. Табидзе А.А. (профессиональных музыкотерапевтов) др., авторские аутогенные тренировки проф. Вострикова А.А. и проф. Табидзе А.А. /1-3/. Психофармакология не применялась.

С целью определения эффективности психокоррекции проводилась тестовая психологическая диагностика. Психологи, применяющие в своей практике психологическую диагностику личностных качеств, выбирают различные методы в зависимости от своего опыта и предпочтений. Наиболее распространённые – это методы ММРІ, СМІЛ, Айзенка, САН, Люшера, Сонди, Занга, Вейна, Спилбергера-Ханина, Кеттелла и др.

Требования, которые может предъявить психолог к выбору метода, следующие:

1. Оперативность, оптимальное время выполнения теста – не более 20-25 мин.

2. Наглядность представления и чувствительность к изменению наблюдаемого фактора.

3. Многогранность и полнота изучения наблюдаемых качеств.

Для измерения психологического профиля по нашему опыту лучше всего для этой цели подходит стандартизированный тестовый метод Кеттелла PF-A (187 вопросов), дающий 16 психологических характеристик (факторов) /4, 5/. Этот метод нами был адаптирован для врачей и клинических психологов /6, 7/. В отличие от первоисточника он сейчас отвечает всем предъявляемым выше требованиям и обладает простотой использования и наглядностью представления, что важно для практического психолога и врача – клинициста. Кроме того он имеет госрегистрацию /8/.

После заполнения в течение 15-20 минут пациентом опросника мы получаем в результате компьютерной обработки диаграмму из 4-х полярных групп характеристик человека: эмоциональной, волевой, коммуникативной и интеллектуальной.

Состояние телесного здоровья и психологической зрелости (психологического здоровья) человека обусловлены состоянием 4-х конкретных психологических факторов данного профиля: С – эмоциональная неустойчивость, L – подозрительность, O – тревожность, Q4 – напряжённость /4, 5/.

На диаграмме 1 представлены результаты тестирования одной из клиенток. В одно из окружных подразделений МСППН обратилась женщина, 42 лет (М.Л.В. №2), с жалобами на повышенную тревожность, эмоциональную неустойчивость, нарушение сна, диагностировался депрессивный синдром на фоне конфликтной ситуации с мужем.

Тест Кеттелла, адаптированный для врачей и клинических психологов /8/.

Результаты предварительной тестовой психодиагностики соответствуют жалобам. Так на диаграмме 1 сразу бросается в глаза, что почти вся группа эмоциональных качеств оказалась негативной (чёрной) с высокими отрицательными значениями: подозрительность L=-2, а тревожность O=-4, а внутреннее напряжение Q4=-5 приняло предельно отрицательные значения. Эти эмоциональные качества её профиля свидетельствуют о явной предрасположенности к психоневрологическим и психосоматическим заболеваниям

Было проведено 10 встреч, 10 сеансов психокоррекции по два сеанса в неделю, где клиентка прослушивала музыкотерапевтические программы и аутогенные тренировки. Через 40 дней был заполнен но-

вый опросник и получены новые данные (диаграмма 2). Эмоциональное состояние клиентки существенно улучшилось. Внутреннее напряжение фактически ушло (Q4=+2), тревожность снизилась до минимума (O=-1), эмоциональная устойчивость существенно повысилась (C=+4).

Важно подчеркнуть, что улучшение эмоциональных качеств, отвечающих за физическое состояние организма, сразу повлияло на улучшение и других качеств – волевых (повысился самоконтроль, уверенность в себе), коммуникативных (появились доброжелательность, оптимизм, повысилась самостоятельность) и интеллектуальных качеств (фактор В возрос на два пункта). Весь профиль стал более белым, чем чёрным. Мы имеем цельную картину больного до и после коррекции.



Диагр. 1. Результаты тестирования клиентки, 42 года (М.Л.В. №2) ДО СЕАНСОВ

По собственным ощущениям клиентки результаты реабилитации она считает «просто замечательными». Всё это объективно видно по сравнительной графе ΔФ (ΔФ=Ф после – Ф до) на диаграмме 2.

Для оценки предрасположенности человека к психогенным заболеваниям (психоневрологическим, психосоматическим, психоиммунным) в первом приближении достаточно рассмотреть только эмоциональную часть диаграммы (состояние факторов C, L, O, Q4); волевая, коммуникативная и интеллектуальная группы вносят дополнительный, вспомогательный вклад.

В подавляющем числе случаев (здесь 27 человек из 31) наблюдалось улучшение психологических качеств по всем факторам. Только



Диагр. 2. Результаты тестирования клиентки, 42 года (М.Л.В. №2) ПОСЛЕ 10 СЕАНСОВ

для 4-х клиентов улучшения не наблюдалось, эти люди не смогли настроиться на систематические занятия.

В таблице 1 приведена статистика для этой эмоциональной группы факторов всех 27 случаев. Клиенты субъективно отмечали улучшение самочувствия, улучшение сна, улучшения отношений в семье, исчезновения болезненных симптомов.

Таблица 1.

Результаты изменения психологических факторов Ф, отвечающих за здоровье, в результате психокоррекции ( $\Delta\Phi = \Phi \text{ после} - \Phi \text{ до}$ ) для каждого из 27 человек теста Кеттелла.

N/ $\Delta\Phi$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	...	27
$\Delta C$	+3	+2	+3	0	+2	+2	+4	+2	+2	-1	+4		+2
$\Delta L$	+5	0	-1	+2	+2	+2	+2	0	+2	+1	0		+2
$\Delta O$	+3	+3	+2	+3	0	+1	+2	+1	+4	+1	+3		+1
$\Delta Q4$	+5	+7	+3	+3	+2	+4	+2	+1	+2	0	+2		+2

Эта таблица является объективным показателем результативности психокоррекции, действительным показателем улучшения здоровья методом применения музыкотерапевтических программ и аутогенных тренировок.

Особая важность психодиагностики с помощью данного теста заключается в том, что когда клиент, глядя на диаграмму, лично, воочию убеждается в своих объективных отрицательных психологических качествах, когда видит действительные причины своих проблем и результат психокоррекции, то тогда он начинает осознавать собственную ответственность за своё здоровье, видит путь улучшения и у него появляется реальная мотивация к работе над собой.

Одним из важных положений научной практики является проверка наблюдаемого эффекта и сравнение результатов с данными, полученными другими методами. В качестве независимых методик нами были выбраны широко используемые в медицине и клинической психологии опросник Спилбергера-Ханина, Шкала самооценки депрессии Занга, Шкала самооценки вегетативных дисфункций Вейна. Результаты, полученные этими методами хорошо согласуются с полученными модифицированным методом Кеттелла. Однако, мы считаем, что все эти методы являются дополнительными, вспомогательными т.к. как отражают только один свой фрагментарный фактор, по сравнению с цельной картиной больного, представляемой группой факторов теста Кеттелла.

Многие клиенты почувствовали эффективность психологических методов восстановления здоровья. Для поддержки достигнутого успеха некоторые клиенты стали продолжать прослушивать психотера-

певтические и музыкотерапевтические сеансы на CD у себя дома, т.е. формирование навыка Психогигиены (навык ежедневного прослушивания), аналогичного навыку гигиены тела (ежедневные водные процедуры) у них было достигнуто.

#### Литература.

1. Табидзе А.А., Музыкотерапевтические программы и аутогенные тренировки. Оздоровительные и диагностические технологии восстановительной медицины, Многотомный каталог-справочник:/ Под ред. член.-корр. РАМН А.Н. Разумова-М.: «Альянс – Инвест», 2003., с.142.
2. Востриков А.А., Табидзе А.А. Аутогенная тренировка №1 «Расслабление и релаксация», Разрешение РАО №1609 от 14 августа 2001 г.
3. Табидзе А.А. Аутогенная тренировка №2 «Уравновешенность и устойчивость к стрессу» Разрешение РАО № 1610 от 14 августа 2001 г.
4. Психодиагностика. Справочник практического психолога. / под общ. ред. С.Т. Посоховой. М.: АСТ; СПб: Сова, 2005.-671 с.: ил., стр.175-181.
5. Психпрофиль. Профессиональные психологические тесты. Версия 4.01 от 14.03.2011 г. для локальных ПК. Институт Психологии РАН, подразделение «Когито-Центр».
6. Табидзе А.А. Об эффективности использования модифицированного теста Кеттелла в психотерапевтической практике. Журнал «Психотерапия», №6, 2013, стр.93-96.
7. Табидзе А.А. Теория и практика генезиса психогенных заболеваний. Журнал «Психотерапия», №11, 2014, стр.2 -10.
8. Психпрофиль. Профессиональные психологические тесты. Версия 4(t) от 14.04.2014 г. для локальных ПК. Институт Психологии РАН, подразделение «Когито-Центр», (Модификация Табидзе А.А.).

## ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Фесенко Ю.А.

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина,  
Санкт-Петербург

Заболевания психосоматического круга относят к пограничным формам психических расстройств. Формируется психосоматическое расстройство в детском возрасте, как правило, в рамках одного из неврозов, в основном – неврастении или истерического. Поэтому подхо-

ды к профилактике психосоматической патологии во многом сходны с таковыми в профилактике неврозов.

К факторам, способствующим развитию психосоматических нарушений, относятся специфические особенности личности, включая инфантилизм, психопатические черты характера, крайние варианты нормальных характеров, невропатия, психофизическая ослабленность вследствие болезней, истощений, хронической и острой психотравматизации, интоксикаций, дисгармоничные семейные отношения, патологизирующее воспитание и т.п.

Психосоматическое расстройство, как и невроз – это болезнь личности, и она особенно серьезна, если личность только формируется. О мерах профилактики возникновения психических расстройств, а особенно – пограничных психических, при которых эти меры наиболее важны, написано много, но начинать, на наш взгляд, нужно с самого простого, обыденного.

Дети устают в детском саду или школе по разным причинам. Наиболее распространенный источник напряжения – это публичность, присутствие большого количества чужих людей вокруг. Важно, чтобы после дня, проведенного в детском учреждении, ребенок имел возможность уединиться, побыть в отдельной комнате, в кукольном уголке и т.д. Неверно назойливо расспрашивать его о том, что с ним сегодня происходило – он вспомнит и расскажет сам, когда отдохнет. Не следует слишком спешить домой, забирая ребенка, правильнее будет сделать небольшой круг по окрестным дворам, беседуя с ребенком – как правило, дети очень ценят прогулки вдвоем и разговор «по душам». Ребенок сможет без спешки перейти на вечерний режим, перестроиться с режима, принятом в детском учреждении, на домашнюю обстановку. Не следует, придя домой, сразу усаживать ребенка за выполнение домашнего задания. Пусть он поиграет с братом или сестрой, посидит на коленях у взрослого, расслабившись от прикосновений. Необходимо всегда найти немного времени для того, чтобы побыть с ребенком рядом, вместе почитать или поиграть.

Если выбираются какие-то дополнительные занятия, то предварительно следует понаблюдать за ребенком, понять, к чему он инстинктивно стремится: к музыке, домашним животным, брату или сестре, книгам, спортивным играм и т.д. На основании таких наблюдений ребенку и предлагаются кружки, секции. Самостоятельный выбор ребенка и является для него источником стихийной психотерапии.

Как правило, неизбежные стрессы возникают у детей при расставании, посещении врача или парикмахера, госпитализации. Отношение ребенка к этим событиям связано, прежде всего, с тем, каким

образом на них реагирует взрослый: дети заражаются тревожностью родителей и, наоборот, при верном подходе к грядущему событию взрослых, могут в спокойном состоянии легче переносить и быстрее забывать все то, чего обычно боятся. Взрослым важно проводить предварительную ознакомительную работу по поводу того, что ребенку предстоит. При этом информация должна быть избирательной, когда исключаются мрачно окрашенные подробности, а возможные неприятные процедуры преподносятся как обычные для всех людей, короткие по времени и не имеющие «ужасных» последствий. Необходимо еще до наступления неприятного события выстроить перспективные жизненные планы на то время, которое наступит после этого события. Это позволит ребенку прочувствовать, что все неприятное непременно закончится, а затем наступит «светлая полоса» в жизни.

Крайне важна и атмосфера в семье ребенка, а также то, как его воспитывают. К сожалению, не все родители знают о типах воспитания, о его патологизирующей роли (при негармоничном типе воспитания) в формировании характера и личности ребенка. Чаще всего молодые родители выбирают тот стиль, который господствовал в семье, где они сами были детьми. А между тем семья может выступать в качестве как положительного, так и отрицательного фактора воспитания. Положительное воздействие семьи на личность ребенка состоит в том, что никто, кроме самых близких для него людей (мамы, папы, бабушки, дедушки, брата, сестры) не относится к нему лучше и так сильно не любит его. Отрицательное в том, что ни один социальный институт не может нанести столько вреда ребенку в процессе его воспитания, сколько члены семьи, имеющей множество «конфликтных взаимосвязей». Важность психологического семейного консультирования, семейной психотерапии, если в ней появляется необходимость, здесь трудно переоценить.

Неполная семья в большинстве своем – жизненная трагедия. И, прежде всего – трагедия для ребенка, поскольку зачастую именно он винит себя в состоявшемся разрыве между родителями. Для детей это психологическая травма на всю жизнь. Тягостные переживания по данному поводу нередко выявляют скрытое пограничное психическое расстройство, таившееся до времени где-то в глубине. Поэтому нельзя ни в коем случае допустить усиление воздействия психотравмирующей ситуации. Ребенок должен иметь и отца, и мать, в каких бы отношениях между собой они ни находились. Оба родителя должны понимать это, не допуская взаимных оскорблений и унижений в присутствии ребенка. Конечно, бывают чрезвычайные обстоятельства (алкоголизм, психические болезни), мешающие нормальным взаимоотношениям, и тут ничего не поделаешь. Потерянная любовь, вытесненная в подсознание, может

перейти в компенсированное чувство мести, в агрессию, направленную и на себя, и на всех.

Говоря о важности гармоничного воспитания подрастающего поколения, неверно обвинять в недостатках воспитания только родителей маленького человека. Необходимо сказать и о не менее значимой роли общества, в котором приходится «вариться» и этим же родителям, и этим же детям, тем более что в последние два десятка лет наше общество претерпело революционные, катастрофические изменения. Несмотря на то, что сегодняшнее время часто называют «временем подмен», основной задачей старшего поколения все же остается воспитание своих детей в духе «вечных ценностей», когда честность, справедливость, человеколюбие, доброта, готовность прийти на выручку становятся основным законом в жизни подрастающего человека.

Дети учатся жить и у жизни:

- негативному: если ребенок живет во вражде – он учится агрессивности; если ребенка постоянно критикуют – он учится ненавидеть; если ребенка высмеивают – он становится замкнутым; если ребенок растет в упреках – он учится жить с чувством вины; если у ребенка культивировать чувство вины – он учится ненавидеть;

- позитивному: если ребенка подбадривают – он учится доверять людям; если ребенок растет в обстановке терпимости – он учится понимать других; если ребенка хвалят – он учится быть благодарным; если ребенок растет в безопасности – он учится верить в людей; если ребенок растет в атмосфере честности – он учится быть справедливым; если ребенка учат радоваться вещам, не зависимо от того, принадлежат они ему или нет – ему незнакомо чувство зависти.

Психосоматическое нарушение, как у мальчика, так и у девочки – свидетельство дефицита мужественности как духовной категории. Мужественность и оптимизм, воспитываемые в ребенке жизненным примером родителей, их поступками – лучшая профилактика невротических проявлений для сына и дочери. Эти расстройства, как болезнь воспитания, и предупреждаются более всего воспитанием или, вернее, перевоспитанием, когда выполняется «золотое» правило в воспитании и в профилактике психонервных расстройств у детей: в каких бы грехах ни винули ребенка, как бы ни были сильны его прегрешения, как бы ни отклонялось его поведение от нормы, в нем всегда найдется что-то такое, за что его можно похвалить, в чем он сможет добиться успеха.

Описанные выше составляющие профилактики психосоматических расстройств у детей, конечно же, не исчерпывающие. Но они просты для выполнения любым родителем, с любым образованием, профессией, искренне заботящимся о здоровье своего ребенка.

Резюмируя проблему профилактики психосоматических расстройств, необходимо привести слова В.И. Гарбузова о неврозах и невротических нарушениях: «Невроза не бывает у уверенных в себе, у подготовленных к реальной жизни, у способных нормально и достойно адаптироваться в жизни, а главное, у людей, лишенных эгоцентричности. Ребенок должен любить себя, для него естественна толика эгоизма. Но эгоизма не такого, когда он равнодушен ко всем вокруг себя, когда все мысли и чаяния только о себе, когда интересуется только одно: а что это даст мне? Тот, кто интересуется теми, кто вокруг, кто любознателен, кто чувствует чужую боль, кто искренне сочувствует чужой боли, кто любит и бережет природу, кто оптимистичен, способен любить других так же, как себя – невроза не имеет, как не имеет он и предневроза» (В.И. Гарбузов, 1999).

## ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА

Хяникяйнен И.В., Базарова Е.Н.

*Медицинский институт Петрозаводского государственного  
университета, г. Петрозаводск*

В рамках биопсихосоциального подхода к пониманию сущности психосоматических заболеваний большую практическую значимость сегодня приобретают выявление и коррекция не только биологических, но и психосоциальных факторов риска хронической ишемии мозга (ХИМ).

**Цель** – выявление психосоциальных характеристик больных с ХИМ.

**Материалы и методы исследования.** Основную группу (ОГ) составили лица организованной популяции г. Петрозаводска (n=280; средний возраст 53,9±8,1 лет; гендерный индекс 1:1), имеющие клиническую картину ХИМ, подтвержденную результатами магнитно-резонансной томографии головного мозга, триплексного сканирования брахиоцефальных и мозговых артерий. Контрольная группа (КГ) включала здоровых лиц, сходных с ОГ по половозрастному составу. В исследовании также использовали: госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS); методику определения уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана; тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО). Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета Statistica 6.0 (M±σ, p<0,05).

**Результаты и обсуждение.** У пациентов с ХИМ, по сравнению со здоровыми лицами, были выявлены: клинически выраженный уровень тревоги ( $11,3 \pm 4,6$  /  $3,7 \pm 2,3$  б.) и субклиническая депрессия ( $8,4 \pm 3,8$  /  $2,6 \pm 1,9$  б. по соответствующим подшкалам HADS); умеренная социальная фрустрированность (итоговый средний индекс уровня социальной фрустрированности составил  $2,5 \pm 0,6$  и  $1,0 \pm 0,4$  б. в ОГ и КГ соответственно;  $p < 0,05$ ). Кроме того, они обнаруживали значимое снижение набранных процентилей по всем шести подшкалам при проведении методики СЖО (общий показатель осмысленности жизни –  $130,4 \pm 30,8$  и  $159,0 \pm 14,4$ ; «Цели в жизни» –  $32,7 \pm 7,2$  и  $37,9 \pm 3,3$ ; «Процесс жизни» –  $26,6 \pm 8,0$  и  $32,2 \pm 4,2$ ; «Результативность жизни» –  $24,2 \pm 6,0$  и  $29,4 \pm 2,9$ ; «Локус контроля – Я» –  $19,6 \pm 5,2$  и  $24,5 \pm 2,1$ ; «Локус контроля – жизнь» –  $27,7 \pm 8,1$  и  $34,3 \pm 3,3$  процентилей в ОГ и РГ соответственно;  $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Для больных с ХИМ патогномичны ( $p < 0,05$ ): клинически выраженная тревога; субклиническая депрессия; умеренная социальная фрустрированность и низкая осмысленность жизни. Выявленные результаты диктуют необходимость не только изучения биопсихосоциальных факторов ХИМ, но и их комплексной коррекции.

### КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАТЯЖНЫМИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А.,  
Никишена И.С., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л.**  
*Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН,  
Санкт-Петербург*

Тревожно-фобические расстройства (ТФР) – группа расстройств, при которых тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. Р.Мэй (2001) приводит следующее определение: тревога есть опасение в ситуации, когда под угрозой оказывается ценность, которая, по ощущению человека, жизненно важна для существования его личности [1].

Наиболее частым вариантом ТФР является агорафобия (F40.0). Термин «агорафобия» употребляется здесь в более широком смысле, чем при его изначальном введении. Теперь он включает страхи не только открытых пространств, но также близких к ним ситуаций, таких, как наличие толпы и невозможность сразу же вернуться в безопасное место (обычно – домой).

Агорафобией страдает не менее 1% населения, среди пациентов с этими заболеваниями преобладают женщины в примерном соотношении 2:1 [2]. Средний возраст человека, впервые заболевшего агорафобией, составляет 28 лет [3].

В работах В.К. Шамрея и соавт. (2010) указывается на то, что невротические расстройства в условиях динамического патоморфоза на современном этапе приобретают все большую склонность к затяжному течению [4]. Л.Н. Касимова (1986) предлагает использовать следующие критерии для выявления затяжного невротического расстройства: 1) устойчивость симптомов, их стабилизация; 2) потеря связи с изначальной психотравмирующей ситуацией, приобретение независимого развития невротической картины; 3) трансформация невротических нарушений в привычные и устойчивые формы реагирования – появление характерологических изменений, связанных с симптомами болезни; 4) отсутствие психопатических проявлений, ведущих к социальной дезадаптации [5].

По мнению А.В.Васильевой (2012) затяжные формы невротических расстройств являются синдромологически и динамически неоднородными клиническими феноменами, которые формируются в связи с последовательной сменой психопатологических синдромов. Они сохраняют патогенетическую связь с классическими вариантами невротических нарушений, так как ведущее значение в биопсихосоциальных механизмах их развития имеет наличие внутреннего противоречия в системе жизненных отношений больного, во многом определяющего становление и динамику клинического варианта затяжного течения невротических расстройств [6].

**Целью данного исследования** является изучение когнитивных нарушений у пациентов с затяжным течением ТФР.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 62 пациента в возрасте от 18 до 50 лет, страдающих ТФР. Средний возраст в исследуемой группе составил  $39,1 \pm 7,8$  лет.

По продолжительности заболевания пациенты были разделены на 2 группы:

1. Основная исследуемая группа – 30 пациентов. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет.
2. Группа сравнения – 32 пациента. Продолжительность заболевания менее 1 года.

Диагностика проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 для агорафобии (F40.0). Критериями исключения являлось наличие в анамнезе депрессивных эпизодов, биполярного расстройства, шизофрении и шизотипического расстройства, алкоголизма, органических заболеваний нервной системы, хронических соматических заболеваний в

стадии обострения, беременность и грудное вскармливание. У всех пациентов проводился сбор клинического анамнеза, неврологическое обследование, оценка вегетативных нарушений с помощью «Вопросника для выявления признаков вегетативных нарушений» [7].

Психологическое исследование включало в себя Шкалу Гамильтона для оценки тревоги (HARS). Для оценки нарушений памяти применялась методика А.Р.Лурия. Степень нарушения внимания оценивалась при помощи теста непрерывной деятельности TOVA (the Test of Variables of Attention), позволяющего оценить состояние внимания и уровень импульсивности по отношению к нормативным данным.

Кроме этого проводилась диагностика эмоционального интеллекта с помощью методики MSCEIT (the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test) (Mayer, Salovey & Caruso, 2002) в адаптации Сергиенко Е.А., Ветровой И.И. (2008) [8]. Она включает в себя следующие шкалы: 1) восприятие, оценка и выражение эмоций или же идентификация эмоций; 2) использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности; 3) понимание и анализ эмоций; 4) сознательное управление эмоциями.

**Результаты исследования.** Пациенты с ТФР характеризовались клинически выраженным уровнем тревоги по сравнению со здоровыми людьми, что свидетельствует о тревожном состоянии. У пациентов с затяжными ТФР среднее значение тревоги оказалось выше, чем у пациентов с острыми ТФР.

При психологическом исследовании выявлены нарушения слуховой памяти у пациентов с затяжными ТФР. Психофизиологическое исследование TOVA показало, что у пациентов с затяжными ТФР определяется достоверное повышение показателей невнимательности, импульсивности и времени реакции по сравнению с другими группами.

Следует отметить, что у пациентов с затяжными ТФР определяется более низкий уровень эмоционального интеллекта по сравнению с пациентами с острыми ТФР и, особенно, по сравнению с контрольной группой.

**Обсуждение.** Результаты данного исследования показывают, что затяжные ТФР характеризуются рядом клинических и психологических особенностей. Так, хронизация ТФР отличается увеличением выраженности психосоматической симптоматики. Кроме этого, больные с затяжными течением заболевания характеризуются более выраженными нарушениями внимания и памяти. Ранее, в исследовании N. Amira and J. Vomua (2011) авторам удалось установить уменьшение объема памяти у пациентов с ТФР [9], а в работе Д.М. Царенко (2012) было показано, что тревожные расстройства сопряжены с нарушениями внимания [10]. Проведенные нами ранее исследования показали, что

при клинической оценке проявлений генерализованного тревожного расстройства необходимо учитывать когнитивные нарушения [11]. По мнению И.В. Плужникова (2010), нарушения познавательных процессов при расстройствах аффективного спектра связаны с эмоциональной дисрегуляцией деятельности [12].

У пациентов с ТФР отмечается снижение уровня эмоционального интеллекта по сравнению с контрольной группой. Данные изменения особенно выражены при затяжных ТФР. Эмоциональный интеллект рассматривается как сложное психическое образование, как совокупность когнитивных, личностных (включая темпераментные) и мотивационно-волевых черт, характеристик самосознания, социальных умений и навыков, тесно связанных с адаптацией к реальной жизни и процессами совладания. Он отражает внутренний мир, его связи с поведением личности, взаимодействием с реальностью и способствует принятию решений на основе отражения и осмысления эмоций, которые являются дифференцированной оценкой событий, имеющих личностный смысл [13].

М. Jacobs и соавт.(2008) отмечают взаимосвязь тревожных расстройств и пониженного уровня эмоционального интеллекта [14]. Результаты проведенного нами исследования позволяют предположить, что низкие показатели эмоционального интеллекта являются одним из факторов, обуславливающих хронизацию тревожных расстройств.

Результаты психофизиологического исследования показали снижение внимания, повышение импульсивности и времени реакции у пациентов с затяжным течением ТФР. Данные проявления можно рассматривать как одно из проявлений исполнительной дисфункции (executive dysfunction), которая влияет на когнитивные процессы высшего уровня, такие как планирование, гибкость познавательных процессов, контроль.

Полученные результаты позволили предположить необходимость лечения ТФР с помощью терапии, влияющей не только на эмоциональные, но и на когнитивные нарушения.

#### *Литература.*

1. Мэй Р. Смысл тревоги. Перев. с англ. М.И. Завалова и А.И. Сибуриной. М., 2001. – 384 с.
2. Попов Ю.В., Вид В.Д., Современная клиническая психиатрия. – СПб.: Речь, 2000. – 402 с.
3. Либ Р., Витхен Г.У. Тревожные расстройства // Клиническая психология / Под. ред. М.Перре, У.Бауманна. – СПб.: Питер, 2003. – С. 1078-1090.
4. Шамрей В.К. Патоморфоз невротических расстройств у военнослужащих / В.К. Шамрей, А.А. Марченко, Е.Ю. Абриталин, Е.С. Курасов, А. Краснов // Военно-медицинский журнал – 2010. – Т. 331, №1.-С.29-34.

5. Касимова Л.Н. Клиническая динамика и прогноз невротических расстройств с затяжным течением: автореф. дис. канд. мед. Наук. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. -Л., 1986.- 24 с.
6. Васильева А.В. Затяжные формы невротических расстройств: биопсихосоциальная концепция этиопатогенеза и терапии// Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Санкт-Петербург. – 2012. – 71 с.
7. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М, 1998. – 752 с.
8. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: модель, структура теста (MSCEIT V 2.0), русскоязычная адаптация. – М.: ИП РАН, 2008. – 20 с.
9. Amira N., Bomyea J. Working memory capacity in Generalized Social Phobia/J Abnorm Psychol.- 2011. – Vol. 120, N2. – P. 504–509.
10. Царенко Д.М., Бобров А.Е. Когнитивные нарушения при органических и тревожно-депрессивных расстройствах у больных первичной медицинской помощи/ Псих. расстройства в общей медицине. – 2012. – №1
11. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л. Когнитивные нарушения у пациентов с генерализованным тревожным расстройством / Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина, 2013, №03
12. Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах/ автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Москва, 2010. – 34 с.
13. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R., Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence // Emotion. – 2001. – Vol. 1. – P. 232-242.
14. Jacobs M., Snow J., Geraci M., Vythilingam M., Blair R.J., Charney D.S., Pine D.S., Blair K.S. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia /J Anxiety Disord. – 2008. – Vol.22, N8. – P.1487-1495

## ПСИХОСОМАТИКА В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Шапкин В.Е.**

*Харьковский государственный медицинский университет,  
кафедра общей практики – семейной медицины и внутренних болезней,  
г. Харьков, Украина*

Широкое распространение соматических заболеваний, не смотря на достижения современной медицины говорит о необходимости

расширения подходов к решению медицинских проблем. Одним из таких актуальных направлений развития является изучение взаимосвязи нарушений психической сферы и соматики.

В узком смысле к психосоматическим болезням традиционно относят нейродермит, гипертоническую болезнь, бронхиальную астму, неспецифический язвенный колит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит. Позже, к этим заболеваниям прибавилась ИБС, тиреотоксикоз, сахарный диабет II типа, ожирение, различные виды дискинезий и дистоний, синдром раздраженного кишечника, мигрень, радикулиты и многие другие. Речь идет о довольно распространенных заболеваниях. Поэтому большой интерес, как с экономической точки зрения, так и с позиции улучшения качества жизни пациентов представляет профилактика данной патологии. Организационно сложилось, что практически вся первичная и большей частью вторичная профилактика этих заболеваний относится к компетенции первичной медико-социальной помощи, т.е. к общей практике – семейной медицине, которая является краеугольным камнем данного звена системы здравоохранения. Тогда получается, что семейный врач при осуществлении профилактических мероприятий на своем участке должен также принимать во внимание психическую составляющую заболеваний. Для практического воплощения вышеизложенного необходимо:

- 1) обучение семейных врачей вопросам психодиагностики;
- 2) обучение семейных врачей практике психокоррекции, направленной на предупреждение возникновения и прогрессирования психосоматических заболеваний.

Следует отметить, что профессиограмма семейного врача достаточно перегружена и добавление новых медицинских знаний и методик еще более усложнит его работу. Поэтому необходимо ранжирование методик психодиагностики и психокоррекции на два уровня – 1-ый уровень, который может применяться семейными врачами у большинства пациентов, 2-ой (специализированный), предназначенный для применения специалистами.

Внедрение психодиагностических и психотерапевтических методик в практику семейной медицины представляет дополнительную возможность для улучшения оказания первичной медико-социальной помощи населению.



## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (В СВЯЗИ С ИХ ПСИХОТЕРАПИЕЙ)

Эйдемиллер Э.Г., Воронин Е.Е.,  
Александрова Н.В., Городнова М.Ю.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова,

ФГБОУ СПбГУ, ФКУ «Республиканская клиническая инфекционная  
больница» – «Научно-практический центр профилактики и лечения  
ВИЧ инфекции у беременных и детей» Минздрава России,  
Санкт-Петербург

С целью создания медико-психологической программы реабилитации были изучены психологические и психопатологические характеристики 113 детей с ВИЧ-инфекцией и их семей, проходящих лечение в ФКУ «Республиканская клиническая инфекционная больница» – «Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ инфекции у беременных и детей» Минздрава РФ.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 213 детей в возрасте от 3 до 18 лет: 62 (29%) дошкольного возраста, 104 (49%) младшего школьного возраста, 47 детей (22%) подросткового возраста. В семьях с одним или обоими родителями проживают 149 (70%) детей, 34 (16%) детей проживают в детском доме и районной больнице, 9 (4%) находятся в приемных семьях, 21 (10%) по опекой других родственников.

Психиатрический статус оценивался врачом-психиатром, клинико-психологическое обследование проводилось психологами с помощью набора психологических методик (включенное наблюдение, модифицированная методика «Незаконченные предложения» для детей и взрослых, проективный тест «Дом, дерево, человек», тест Векслера, Цветовой тест отношений).

**Результаты и обсуждение.** При психологическом исследовании выявлены нарушения в интеллектуальной сфере у 63% детей, аффективно-эмоциональной сфере в 58%, сфере развития личности в 38%, в сфере межличностных отношений у 61% детей. При детальном рассмотрении полученных данных были выявлены следующие социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных детей (таблица №1)

Таблица 1

Социально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных детей

Выявленные нарушения по направлениям	Число детей (% от обследованных)
Половозрастная идентификация	16 (14%)

Внутрисемейные отношения	52 (46%)
Депрессия	4 (4%)
Самооценка	35 (31%)
Тревожность	57 (50%)
Социальное неблагополучие	18 (16%)
Речевые нарушения	34 (30%)

Таким образом, большая часть обследуемых детей нуждалась в коррекции сферы межличностных отношений и такой психологической «мишени» как тревожность.

Согласно МКБ-10 психические и поведенческие расстройства были квалифицированы следующим образом (таблица №2)

Таблица 2

Распространенность психических и поведенческих расстройств среди обследованных ВИЧ-инфицированных детей

Шифр по МКБ-10	Кол-во детей	% от обследованных
F.06.6 – органическое, эмоционально-лабильное астеническое расстройство	78	92%
F.06.7 – легкое когнитивное расстройство	80	94%
F.43.2 – расстройство адаптации	59	69%
F.41.2 – смешанные тревожные и депрессивные расстройства	43	51%
F.90 – гиперкинетические расстройства	41	48%
F.91.1 – несоциализированное расстройство поведения	52	61%
F.93.0 – тревожные расстройства в связи с разлукой в детском возрасте	33	39%
F.93.1 – фобическое расстройство в детском возрасте	30	35%
F.93.2 – социальное тревожное расстройство	61	72%
F.94 – расстройство социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста	22	26%

Как видно из полученных результатов, часть обследованных детей имела сочетанные нарушения психических функций.

Анализ стиля воспитания в семьях показал, что лишь 42% родителей демонстрировали адекватный тип воспитания. Нарушения

в сторону гипо- или гиперпротекции обнаружены в 22% и 19% случаев. Это может быть напрямую связано с чувством вины за болезнь детей: родители либо искупали свою вину пред ними или же дистанцировались от него, чтобы защититься от собственных негативных переживаний. Ранее мною было установлено, что в основе всех типов патологизирующего семейного воспитания лежит эмоциональное отвержение разных степеней выраженности родителями своих детей. [Эйдемиллер Э.Г., 1976; 2005]. Попустительский тип воспитания выявлен в 7% случаев. В эту группу вошли воспитанники детских домов, в которых из-за большого скопления детей персонал не успевал уделять достаточное внимание каждому.

Были выявлены следующие психологические «мишени» для психотерапевтического вмешательства:

- Коррекция интеллектуальной сферы детей.
- Коррекция их аффективно-эмоциональной сферы.
- Коррекция межличностных отношений (по вертикали и горизонтали) детей и родителей.
- Коррекция самооценки детей и родителей.
- Коррекция инфантильных паттернов реагирования детей на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.
- Формирование приверженности родителей и детей к высокоэффективной антиретровирусной терапии (АРВТ).
- Коррекция типов патологизирующего семейного воспитания.
- Коррекция родительно-детских и детско-родительских отношений.
- Коррекция супружеских отношений.
- Коррекция типа отношений к болезни.

Учитывая сложность организации реабилитационных мероприятий, полифокальность потребностей интересов родителей и детей разных возрастных групп, формой работы для данного контингента послужил, созданный нами семейный клуб, в котором мы проводили бифокальную групповую психотерапию.

Бифокальность реализуется работой двух изолированных друг от друга групп – детей и родителей – в фокусе внимания, которых находились актуальные проблемы участников. Мы предложили следующие принципы построения клубной работы, обеспечивающие ее эффективность: анонимность, добровольность, планирование, на основе результатов исследования психологических проблем конкретных участников; активность – большая активность специалистов по привлечению семей к психотерапии, в организации досуговых и клубных мероприя-

тий; профессионализм – необходимы профессиональные знания и опыт сотрудников в работе с семьями – знание психологии семьи, особенности семей с ВИЧ-позитивным членом, психиатрии, детской психологии, инфекционных заболеваний, эпидемиологии и социальной работы; актуальность – опора деятельности на актуальные проблемы семей; последовательность – постепенная передача активности в организации и проведении досуговых мероприятий самим участникам; мониторинг – постоянный мониторинг деятельности с использованием самооценочных анкет и обратной связи участников. Бифокальная модель была реализована в ходе еженедельных двухчасовых семейно-групповых встреч, проводимых по следующему плану:

1. Совместное взаимодействие членов семей (родителей и детей) в течение 45 минут: чаепитие, приветствие и обмен новостями, совместное обсуждение предложенной темы, арт-техники, ролевые игры, ситуационные задачи для членов семьи. Тем семейных встреч: «Знакомство», «совместные семейные дела», «помощь друг другу», «Наши планы» и т.п..

2. Параллельная работа двух групп: родительской и детской, продолжительностью по 45 минут. Дети работают с психологом по коррекции интеллектуальных, аффективно-эмоциональных нарушений и межличностных отношений. Это может быть игровая поведенческая психотерапия, направленная на улучшение коммуникации между детьми, рисование на заданную тему, обсуждение тематической сказки или рассказа, изготовление поделок-подарков для родителей. В работе с детьми старше 10 лет возникает необходимость обсуждать вопросы предоставления информации о заболевании и ограничениях в связи с ним, в частности вопросов, касающихся сексуальной жизни. Работу родительской группы мы рекомендуем начинать с тематической мини-лекции и продолжить дискуссией, обсуждением и совместным поиском ответов на вопросы, решением ситуативных задач, с опорой на собственный опыт. Так, обсуждая вопросы воспитания, мы предлагаем родителям вспомнить себя и свои желания в возрасте своего ребенка. Информирование касается вопросов эпидемиологии ВИЧ-инфекции, семейного воспитания, супружества, конфликтов, приверженности к АРВТ, аварийных ситуациях в быту и первой помощи, социальных вопросов и т.п. Ведущими группами являются врач-психотерапевт или психолог, для чтения мини-лекции могут быть приглашены соответствующие специалисты, которые остаются в продолжении всей встречи, что позволяет увидеть им другие стороны межличностного взаимодействия и проблем в семьях подопечных. Темы мини-лекций соответствуют общей теме семейно-групповых встреч.

3. Завершающая совместная стадия работы группы длится 20 минут. Дети возвращаются к родителям и обмениваются впечатлениями, подводятся итоги групповой встречи. В центре внимания основной вопрос: «Что Вы узнали нового друг о друге?».

#### Заключение:

1. Большая часть ВИЧ-инфицированных детей имеет сопутствующую нервно-психическую патологию.

2. Более, чем в половине случаев родительско-детские отношения сопровождались патологизирующим стилем семейного воспитания.

3. Дети с положительным ВИЧ-позитивным статусом и их родители нуждаются в медико-психологической реабилитации и психологическом сопровождении, что может осуществляться в условиях реабилитационного центра или отделения при стационаре.

4. Мультипрофессиональная лечебно-реабилитационная команда должна включать в себя следующих специалистов: педиатр, врач-инфекционист, психиатр, врач-психотерапевт, психолог, логопед, дефектолог, врач ЛФК, воспитатель, педагог физической культуры, преподаватель творческой мастерской.

5. Перспективной формой работы с семьями может служить Семейный клуб с использованием бифокальной модели психотерапии.

6. Проведенное исследование и результаты психотерапии доказывают необходимость использования командной работы с ВИЧ-инфицированными детьми и их родителями. В состав таких «команд» должны входить вышеперечисленные специалисты.

## АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А	
Аббатов В.А.	7
Александров А.А.	11
Александрова Н.В.	206
Андруша А.Б.	13
Анисимова Т.И.	200
Анкин А.Н.	14
Афанасьева А.В.	19
Б	
Бабин С.М.	24
Базарова Е.Н.	199
Бартош Т.П.	26
Билецкая М.П.	30, 33, 36
Бондарчук Ю.Л.	200
Булгакова О.С.	40
Бызова В.М.	43
В	
Вассерман Л.И.	48
Винокур В.А.	53, 137
Воронин Е.Е.	206
Г	
Герасимова А.В.	136
Головина М.Ю.	57
Городнова М.Ю.	206
Д	
Горчакова Н.М.	60
Гусева Н.А.	63
Д	
Дубинина Е.А.	48
Дубовая Е.Г.	67
Е	
Евстифеева Е.А.	68
Ермолаева О.С.	180
Ершова С.К.	102, 106
Ж	
Железнякова Н.М.	129
З	
Заздравнов А.А.	70
Замалиева С.А.	135
Захарова М.Л.	113
Зобнев В.М.	7
К	
Калашникова В.В.	71
Калягин В.А.	74
Киреева Т.И.	78
Кирсанова А.Б.	81
Кирсань С.А.	84

Киселева Е.О.....	136	Рюмин А.В.....	48, 152
Ковпак Д.В.....	85		
Ковшова О.С.....	89	С	
Козлова Т.В.....	33	Семенова Н.В.....	156
Колесова Ю.П.....	94	Случевская С.Ф.....	24
Кувшинникова М.Б.....	98	Соловьева С.Л.....	160
Кудрявцева С.В.....	102, 106	Сурушкина С.Ю.....	200
Курбатова Е.Г.....	110		
		Т	
Л		Табидзе А.А.....	190
Лященко Л.А.....	190	Тарновская Н.Н.....	164
		Ташаев Ш.С.....	168
М		Ташлыков В.А.....	173
Маклакова Л.Б.....	71	Телятникова Г.Б.....	177
Маланичева И.В.....	63	Троик Е.Б.....	180
Малафеевский И.С.....	113	Трубецкая О.В.....	7
Моженкова В.А.....	7		
Мостовая Л.И.....	114	У	
		Усманова Е.Б.....	184
Н		Успенская С.Ю.....	190
Натаров (Александров) В.И.....	117		
Нелюбина А.С.....	123	Ф	
Никитина В.В.....	136	Фесенко Ю.А.....	195
Никишена И.С.....	200	Филиппова Л.А.....	84
Николаева Н.В.....	126	Филиппченкова С.И.....	68
П		Х	
Пасиешвили Т.М.....	129	Хяникяйнен И.В.....	84, 199
Перикова Е.И.....	43		
Перова М.И.....	57	Ч	
Полумеева Д.С.....	30	Чутко Л.С.....	200
Попов В.Н.....	148		
		Ш	
Р		Шапкин В.Е.....	204
Рагозинская В.Г.....	130	Шемет В.Е.....	36
Решетников М.М.....	135		
Решетова Т.В.....	136, 180	Э	
Росляков А.В.....	137	Эйдемиллер Э.Г.....	206
Ружинских А.Г.....	140		
Русина Н.А.....	144	Я	
Рыжкова Т.Ю.....	148	Яковенко Е.А.....	200

## СОДЕРЖАНИЕ

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА».....	4
ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА».....	6
<b>СТАТЬИ И ТЕЗИСЫ</b>	
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ НАСИЛИЮ ПАРТНЕРОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ИЛИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ (ИССЛЕДОВАНИЕ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ) Аббков В.А., Зобнев В.М., Моженкова В.А., Трубецкая О.В.....	7
ДИАЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: МЕХАНИЗМЫ ЛЕЧЕБНОГО ДЕЙСТВИЯ Александров А.А.....	11
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА Андруша А.Б.....	13
ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИЦИПАЦИОННОЙ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ, КАК ФАКТОРА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ Анкин А.Н.....	14

МЕДИЦИНСКИЙ ПСИХОЛОГ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ Афанасьева А.В.....	19
НАРРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА И ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ Бабин С.М., Случевская С.Ф.....	24
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С АЛЕКСИТИМИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ Бартош Т.П.....	26
ТРЕВОГА В СЕМЬЯХ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Билецкая М.П., Полумеева Д.С.....	30
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Билецкая М.П., Козлова Т.В.....	33
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСКО-ДЕТСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В ДИАДЕ «МАТЬ – ДОЧЬ-ПОДРОСТОК, СТРАДАЮЩАЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ» Билецкая М.П., Шемет В.Е.....	36
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕЗАПТАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗНОГО УРОВНЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ Булгакова О.С.....	40
НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К СОБСТВЕННОМУ Телу У ДЕВУШЕК КАК ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ Бызова В.М., Перикова Е.И.....	43
КОНЦЕПЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ (К ПРОБЛЕМЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЙ) Вассерман Л.И., Дубинина Е.А., Рюмин А.В.....	48
НОЗОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ В КЛИНИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Винокур В.А.....	53
УТЕШИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ХОСПИСА Головина М.Ю., Перова М.И.....	57

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА В СТРУКТУРЕ МОТИВАЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Горчакова Н.М.....	60
ТРЕВОЖНОСТЬ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА Гусева Н.А., Маланичева И.В.....	63
ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ И ПАЦИЕНТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Дубовая Е.Г.....	67
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И.....	68
ВЛИЯНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА НА ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Заздравнов А.А.....	70
ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО САМОВОСПРИЯТИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ Калашникова В.В., Маклакова Л.Б.....	71
ДУША И СЛОВО Калягин В.А.....	74
САМООТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Киреева Т.И.....	78
ПРОБЛЕМА РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ Кирсанова А.Б.....	81
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА Кирсань С.А., Филиппова Л.А., Хяникяйнен И.В.....	84
ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕТОДОЛОГИЯ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Ковпак Д.В.....	85
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПОДРОСТКОВ Ковшова О.С.....	89

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ СОМАТИЗАЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Колесова Ю.П.....	94
ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Кувшинникова М.Б.....	98
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ Кудрявцева С.В., Ершова С.К.....	102
ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Кудрявцева С.В., Ершова С.К.....	106
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА Курбатова Е.Г.....	110
ВОСПРИЯТИЕ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА ЖЕНЩИНАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА Малафеевский И.С., Захарова М.Л.....	113
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ Мостовая Л.И.....	114
ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ТОП-МЕНЕДЖЕРОВ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ «НАДЕЖНОСТЬ» HR Натаров (Александров) В.И.....	117
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВЫБОРА ПАЦИЕНТАМИ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ Нелюбина А.С.....	123
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ И ДИСГАМИИ ПОЛОВЫХ ОТНОШЕНИЙ Николаева Н.В.....	126

РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ТЕЧЕНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ Пасиешвили Т.М., Железнякова Н.М.....	129
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ Рагозинская В.Г.....	130
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ И АЛЕКСИТИМИЯ Решетников М.М., Замалиева С.А.....	135
КОГНИТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ Решетова Т.В., Киселева Е.О., Герасимова А.В., Никитина В.В.....	136
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ Росляков А.В., Винокур В.А.....	137
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЖДЕБНОСТИ И АГРЕССИВНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ Ружинских А.Г.....	140
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ПАЦИЕНТА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ Русина Н.А.....	144
НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ Рыжкова Т.Ю., Попов В.Н.....	148
СПЕЦИФИКА ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ Рюмин А.В.....	152
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Семенова Н.В.....	156
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЗАПРОС ИНФАНТИЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ Соловьева С.Л.....	160

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ЦЕЛЬЮ ГАРМОНИЗАЦИИ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ Тарновская Н.Н.....	164
ПОИСК, ПЕРСОНИФИКАЦИЯ И КУПИРОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСКОМФОРТА У ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО Ташаев Ш.С.....	168
ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ Ташлыков В.А.....	173
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАННЕМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Телятникова Г.Б.....	177
ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВРАЧЕЙ Троик Е.Б., Решетова Т.В., Ермолаева О.С.....	180
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СПОСОБЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ КОСТЕЙ Усманова Е.Б.....	184
ПСИХОДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ И АУТОТРЕНИНГА Успенская С.Ю., Лященко Л.А., Табидзе А.А.....	190
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ Фесенко Ю.А.....	195
ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА Хяникяйнен И.В., Базарова Е.Н.....	199
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАТЯЖНЫМИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л.....	200

ПСИХОСОМАТИКА В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ Шапкин В.Е.....	204
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (В СВЯЗИ С ИХ ПСИХОТЕРАПИЕЙ) Эйдемиллер Э.Г., Воронин Е.Е., Александрова Н.В., Городнова М.Ю.....	206
<b>АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ</b> .....	211

Программа  
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Конференция XIV  
**Актуальные проблемы психосоматики  
в общемедицинской практике**

**14 ноября 2014 года**  
Санкт-Петербург

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ**

Под общей редакцией  
акад. РАН Мазурова В.И.

Сдано в набор 20.10.2014  
Подписано в печать 10.11.2014  
Формат 60X88 1/16. Бумага офсетная.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. \_\_\_\_.  
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 978-5-905498-26-8**

© В.А. Таишыков, Д.В. Ковпак, 2014  
© Коллектив авторов, 2014  
© Оформление «Альта Астра», 2014