



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

16 ноября 2012 года
Санкт-Петербург

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Под общей редакцией
акад. РАМН Мазурова В.И.

Министерство здравоохранения РФ
ГОУ ДПО «Северо-Западный Университет им. И.И. Мечникова»
Кафедра терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда
Кафедра психологии и педагогики
Российская психотерапевтическая ассоциация
Российское психологическое общество
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии

Программа
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Конференция XII
**Актуальные проблемы психосоматики
в общемедицинской практике**

16 ноября 2012 года
Санкт-Петербург

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Под общей редакцией
акад. РАМН Мазурова В.И.

Санкт-Петербург
2012

Сборник подготовлен
организационным комитетом программы
«Психосоматическая медицина»

Общая редакция В.И. Мазурова

**Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской
практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г.** – Вып. XII. /
Под общей редакцией В.И. Мазурова. – СПб.: – 2012. – 318 с.
(Программа «Психосоматическая медицина»)

ISBN 978-5-94651-020-2

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ

ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Абабков Валентин Анатольевич - д.м.н., профессор, СПбГУ

Алехин Анатолий Николаевич - д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой клинической психологии 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, заведующий кафедрой
сексологии 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 СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова

Вассерман Людвиг Иосифович - д.м.н., профессор,
руководитель 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»

Карвасарский Борис Дмитриевич - заслуженный деятель науки
РФ, профессор, руководитель отделения неврозов и психотерапии
СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Кашкарова Оксана Евгеньевна - заместитель главного врача СПб
ГУЗ ГПБ №7 им. академика И.П. Павлова

Крылов Владимир Иванович - д.м.н., профессор кафедры
психиатрии и наркологии СПб 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
г. Санкт-Петербурга

Лапин Изяслав Петрович - д.м.н., профессор СПб НИПНИ
им. В.М. Бехтерева

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

Палкин Юрий Рудиевич - главный врач СПб ГУЗ 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 психологии и педагогики 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 г. 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»

Сметанников Петр Гаврилович - д.м.н., профессор

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

Чутко Леонид Семенович - д.м.н., заведующий кафедрой психосоматики и психотерапии СПб ГПИМА, зав. 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, зав. кафедрой детской психиатрии и психотерапии ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Председатель организационного комитета

Мазуров В. И. - акад. РАМН, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии №1 им. Э.Э. Эйхвальда ГБОУ ВПО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», главный терапевт Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга.

Заместитель председателя организационного комитета

Ташлыков В. А. - д.м.н., профессор кафедры терапии №1 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 С-ПБ ГУЗ ГПБ №7 им. акад. И.П. Павлова
Ковпак А. И. - медицинский психолог Центра эмоциональной коррекции

Полехина А. С. - медицинский психолог Центра эмоциональной коррекции

Ерухимович Ю. А. - врач психотерапевт «Центра неврозов»

Глубокоуважаемые коллеги!

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

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

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

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

ВЛИЯНИЕ КОФЕИНА И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА УРОВЕНЬ КОРТИЗОЛА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТРЕССЕ

**Абабков В.А., Боголюбова О.Н., Веревошкин С.В.,
Войт Т.С., Маневский Ф.С., Никитенко М.А.,
Потемкина Е.А., Сафонов В.К., Ураева Г.Е.,
Шаболтас А.В.**

*Санкт-Петербургский государственный университет,
факультет психологии*

Экспериментальные исследования стресса человека достаточно редки в отечественной медицинской психологии и психофизиологии. Данное исследование проводилось в рамках научного проекта «Эндокринные и психологические детерминанты поведения человека в стрессе» (ГРНТИ 15.21.25,15.21.35,15.21.61,15.21.59,34.39.00. Регистрационный № НИР 8.37.112.2011) и является его фрагментом. Теоретической основой проекта является рассмотрение стресса как трансактного процесса (Lazarus R.S., Launier R., 1981) в связи с тем, что данная теория является научно и эмпирически обоснованной. Стрессорами служили экспериментальные ситуации двух разновидностей, связанные с: 1) публичным выступлением – модель «общественного» стресса (созданная на основе Trier Social Stress Test в модификации С.Т. Halpern и др., 2002) и 2) половым поведением – модель «индивидуального» стресса (разработанная на основе dating interview С.Т. Halpern и др., 2002), которые могут быть отнесены к повседневным стрессорам (в отличие от критических жизненных событий и хронических стрессоров).

Цель исследования заключалась в изучении индивидуального психологического и эндокринного реагирования человека на стрессогенные ситуации, рассматриваемые как динамические процессы, которые проходят во взаимодействии индивида с окружающим миром. Определялась устойчивость к стрессу, т. е. специфика и закономерности возникновения гормональных и психологических реакций в зависимости от индивидуальных особенностей человека и характеристик стрессогенных ситуаций.

Участниками исследования были молодые лица обоего пола в возрасте от 20 до 30 лет, преимущественно студенты. Общее

количество исследуемых – 98 человек. Каждый испытуемый участвовал в проекте дважды, с интервалом между экспериментальными днями не более недели. Оба обследования проводились во второй половине дня, чтобы избежать влияния суточного колебания уровня кортизола.

Методы исследования, включенные в данную статью:

1. Анализ слюны на содержание кортизола по следующей схеме: а) сбор материала между 14 и 20 часами вечера (в течение часа перед забором слюны нельзя есть, курить, пить что-либо кроме воды); б) 1 проба – до начала теста; в) 2 проба – сразу после экспериментального стресса; г) 3 проба – через 15 минут после него. Кортизол традиционно считается маркером стресса.

2. Шкала самооценки эмоционального состояния, созданная на основе анкеты для наблюдения за стрессом (Абабков В.А., Перре М., 2004).

3. Определение дозировки кофеина (как фактора влияния на стресс) в кофеин-содержащих продуктах и напитках, употребляемых испытуемыми. Кофеин, алкалоид, содержащийся в листьях чая (около 2%), семенах кофе (около 1 – 2%) и многих других продуктах. Определение его количества высчитывалось по специальным таблицам, показывающим усредненные значения в кофеин-содержащих продуктах и напитках (<http://hnb.com.ua>; <http://detkiufa.ru>). Кофеин относится к психомоторным стимуляторам, производным пурина. Стимулирующее действие приводит к повышению умственной и физической работоспособности, уменьшению усталости и сонливости. Действие кофеина в значительной степени зависит от типа высшей нервной деятельности. Высшие дозы для взрослых: разовая 0,3 г, суточная 1 г (Машковский М.Д., 1985).

4. Математико-статистические методы (SPSS).

Результаты. Распределение испытуемых по уровню содержания кортизола (норма кортизола для исследуемого времени: 0,5 – 3,0 нг/мл) представлена в табл. 1, где 1-1 – 1-й эксперимент, 1-я проба; 2-1 – 1-й эксперимент, 2-я проба; 3-1 – 1-й эксперимент, 3-я проба; 1-2 – 2-й эксперимент, 1 проба; 2-2 – 2-й эксперимент, 2-я проба; 3-2 – 2-й эксперимент, 3-я проба.

Таблица 1.

Распределение испытуемых по уровню кортизола в %.

Уровень кортизола	% от количества проб			
	ниже нормы	в норме	выше нормы	всего
CORT1-1	7.78	71.11	21.11	100.00
CORT2-1	6.67	67.78	25.56	100.00
CORT3-1	8.89	74.44	16.67	100.00
CORT1-2	12.64	72.41	14.94	100.00
CORT2-2	8.05	70.11	21.84	100.00
CORT3-2	8.05	73.56	18.39	100.00

Распределение испытуемых по количеству кофеина в употребленных продуктах и напитках обычно в течение дня и перед экспериментом (не позднее 1 часа до эксперимента) показано в табл. 2.

Таблица 2.

Распределение испытуемых по количеству употребляемого кофеина.

Распределение испытуемых по употреблению кофеина	1	2	3	всего	
	минимальное	среднее	высокая норма		
обычно	0–150 мг	151–500 мг	501 мг и более		
количество человек	16	60	22	98	
перед экспериментом	0 мг	1–100 мг	101 мг и более		
количество человек	1	19	40	39	98
	2	16	38	44	98

Достоверных различий по уровню кортизола в зависимости от обычного (в течение дня) употребления кофеина не выявлено, за исключением тенденции в 3-й пробе 1 эксперимента (критерий Ливиня показал, что дисперсии статистически достоверно не различаются, т.е. результаты дисперсионного анализа корректны).

Достоверных различий по уровню кортизола в зависимости от употребления кофеина перед экспериментом не выявлено (критерий Ливиня показал, что дисперсии статистически достоверно не различаются, т.е. результаты дисперсионного анализа корректны).

Таким образом, корректно проведенная в SPSS процедура опровергла предположение о существенном влиянии нормального количества употребленного кофеина на уровень кортизола. Возможно, это связано с наличием в выборке единичных, крайне высоких показателей по кортизолу. Если удалить из подсчетов таких испытуемых, чьи первые пробы кортизола $>6,00$ нг/мл, то появляются достоверные различия по уровню кортизола в 3 пробе первого эксперимента в зависимости от употребляемого кофеина обычно (в течение дня). При этом критерий Ливиня говорит о том, что дисперсии становятся более однородными.

Достоверных различий по употреблению кофеина в зависимости от типа реагирования кортизолом на проводимые эксперименты (не реагирующие, реакция на 1-й эксперимент, реакция на 2-й эксперимент, реакция на оба эксперимента) не выявлено.

Самооценка эмоционального состояния проводилась по следующим шкалам: активный, бодрый, напряженный, возбужденный, решительный, сосредоточенный, раздраженный, смелый, возмущенный, разочарованный. Можно отметить, что перед первым экспериментом испытуемые чувствовали себя активными, бодрыми, сосредоточенными, смелыми, спокойными, возбужденными, решительными, смелыми, удовлетворенными, довольными. Достоверных различий в самооценке эмоционального состояния до 1 эксперимента в зависимости от реакции кортизолом на этот эксперимент выявлено не было. Критерий Ливиня показал, что дисперсии статистически достоверно не различаются, т.е. результаты дисперсионного анализа корректны.

После первого эксперимента испытуемые чувствовали себя активными, бодрыми, напряженными, возбужденными, скорее решительными, сосредоточенными, раздраженными, смелыми, возмущенными и разочарованными. Достоверных различий в самооценке эмоционального состояния после 1 эксперимента в зависимости от реакции кортизолом на этот эксперимент выявлено не было. Критерий Ливиня показал, что дисперсии статистически достоверно не различаются, т.е. результаты дисперсионного анализа корректны.

Достоверных различий в динамике самооценки «активность» в зависимости от реакции кортизолом не выявлено. Однако, испытуемые, реагирующие повышением уровня кортизола, оцени-

вали себя более активными. Также можно говорить о различиях на уровне тенденции по величине изменения самооценок в зависимости от реакции кортизолом на 1 эксперимент ($\text{Sum aDIF} =$ сумма разниц в оценках до и после по модулю; $\text{Sum aDIF} < 10$ – самооценка меняется незначительно, $\text{Sum aDIF} > 40$ – меняется чрезвычайно сильно). Т.е. испытуемые, реагирующие повышением уровня кортизола, в меньшей степени меняют оценку своего состояния после эксперимента. Для 2 эксперимента таких данных не получено.

Выявлены различия на уровне тенденции в оценке своего состояния перед 2 экспериментом испытуемыми, реагирующие повышением уровня кортизола, по показателям «активный» и «бодрый», т.е. перед экспериментом они чувствовали себя менее активными и бодрыми по сравнению с испытуемыми, не показавшими такой реакции кортизолом.

Можно отметить, что перед вторым экспериментом испытуемые чувствовали себя активными, бодрыми, скорее возбужденными, решительными, сосредоточенными, раздраженными, смелыми, возмущенными и разочарованными. Это частично отличается от оценок перед первым экспериментом и, возможно, связано с определенными негативными событиями, предшествовавшими 2 эксперименту.

Выявлены достоверные различия в самооценке состояния после 2 эксперимента испытуемыми, реагирующими повышением уровня кортизола, по показателю «разочарованный» (оценивали себя более разочарованными) и различия на уровне тенденции по показателям «напряженный» и «возмущенный», т.е. после эксперимента они чувствовали себя более напряженными и менее удовлетворенными по сравнению с испытуемыми, не реагирующими повышением уровня кортизола.

Сравнение средних по кортизолу (однофакторный дисперсионный анализ непараметрический) в зависимости от динамики самооценки состояния: в первом эксперименте у активизировавшихся и успокоившихся лиц уровень кортизола снижался в последующих пробах; у оценивших состояние как незначительно изменившееся, уровень кортизола повышался во второй пробе; во втором эксперименте у активизировавшихся лиц уровень кортизола снижался в последующих пробах, у успокоившихся – незначительно повышался, у испытуемых, не имевших изменений, повышался.

В заключение можно отметить наличие определенных взаимосвязей между влиянием кофеина, эмоционального состояния и уровнем кортизола при экспериментальном стрессе человека. Полученные результаты будут уточняться и дифференцироваться при последующем продолжении проекта.

Литература.

1. Halpern C.T., Campbell B., Agnew C. R., Thompson V., Udry J. R. Associations between Stress Reactivity and Sexual and Nonsexual Risk Taking in Young Adult Human Males. *Hormones and Behavior*, 2002, 42, p. p. 387 – 398.
2. Lazarus R. S., Launier R. Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. – In: R. Nitsch (Hrsg.). *Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. Bern: Huber, 1981, s. s. 213 – 259.
3. Абабков В. А., Пеппе М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004.
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства: В 2-х томах. Т. 1. – 10-е изд. – М.: Медицина, 1985.
5. Порталы: <http://hnb.com.ua>; <http://detkiufa.ru>

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО «ВЫГОРАНИЯ», УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

Агапова Е.В., Винокур В.А.

*Кафедра психологии и педагогики Северо-Западного государственного
медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

Профессиональная деятельность сотрудников государственного аппарата проходит в условиях высокой нервно-психической напряженности и характеризуется воздействием широкого спектра стресс-факторов. Это обусловлено самой спецификой и особенностями прохождения государственной службы, предполагающими высокую коммуникативную нагрузку, поскольку «...ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек» (W. Schmidbauer, 1977), соблюдение жестких авторитарно-бюрократических профессионально-ролевых

требований, большого числа ограничений, связанных с замещением государственной должности, следование жестким нормам трудовой дисциплины, необходимость принятия решений с высокой долей ответственности в сжатые сроки и др. Состояние хронического стресса нередко способствует увеличению риска развития у данной категории работников различных нервно-психических расстройств, формированию синдрома профессионального «выгорания» (Н. Freudenberger, 1974), определенного также как «синдром эмоционального истощения» (С. Maslach, 1981), и может стать причиной различных психосоматических расстройств и заболеваний. Отмечено, что жесткая, построенная на внутренних установках, тенденция постоянно сдерживать выражение своих чувств в эмоционально напряженной коммуникации сопровождается выраженным изменением вегетативных реакций и хронизацией их расстройств. В настоящее время синдром «выгорания» признан проблемой, требующей медицинского вмешательства, и внесен в «Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения», а его критерии вполне соответствуют.

В ходе многолетнего наблюдения более, чем 7 000 государственных служащих в Великобритании, особенно у сотрудников на средних и низших уровнях иерархии, получены данные о связи между ощущаемой сотрудниками невозможностью управлять рабочим процессом, приводящей к эмоциональному выгоранию, и риском возникновения у них коронарной недостаточности. Показана также связь синдрома профессионального выгорания у них с ослаблением иммунитета, нарушениями гормонального баланса и расстройствами системы пищеварения. Связь между производственным стрессом и частотой развития ишемической болезни сердца изучена во многих исследованиях. Самые сильные доказательства получены в проспективном эпидемиологическом исследовании, проведенном в 4-х европейских странах, в ходе которого обследовались и госслужащие (2010). В нем убедительно показано, что производственный стресс у них является независимым предиктором коронарных расстройств.

В 2009-2011 гг. нами было проведено исследование взаимосвязей интенсивности «выгорания» и состояния здоровья служащих различных государственных структур (администрации, налоговой службы, судебного департамента), которые при существенной

разнице в выполняемых функциях имеют схожую степень коммуникативной нагрузки. В общей сложности было обследовано 144 сотрудника государственной службы различных регионов России. Из них – 37 мужчин (25,69%) и 107 женщин (74,31%). Средний возраст всей выборки – $37,06 \pm 0,91$ лет ($22 \div 62$ года), средний стаж государственной службы – $9,70 \pm 0,70$ лет ($1,08 \div 39$ лет).

Базовым диагностическим инструментом для оценки интенсивности «выгорания» являлся опросник «Отношение к работе и профессиональное «выгорание» – ОРПВ (В.А. Винокур, 2009), прошедший валидизацию и отражающий одно из ключевых представлений о «выгорании» скорее как о процессе, чем о состоянии, и позволяющий объективно выявить содержательные и уровневые характеристики эмоциональных реакций профессионалов и стили их отношения к своей работе в процессе развития «выгорания». В состав опросника входит 9 шкал, соответствующих концептуальным представлениям об основных компонентах синдрома профессионального «выгорания»: «эмоциональное истощение», «напряженность в работе», «снижение удовлетворенности работой и оценка ее значимости», «профессиональный перфекционизм», «самооценка качества работы», «помощь и психологическая поддержка коллег в работе», «профессиональное развитие и самоусовершенствование», «общая самооценка» и «состояние здоровья и общая адаптация».

Оценка соматического здоровья осуществлялась на основании самооценок респондентов по 10-балльной шкале авторского структурированного интервью, а также на основе показателей шкалы «состояние здоровья и общая адаптация» методики ОРПВ. Высокий «вес» данной шкалы в структуре «выгорания» государственных служащих показал, что работники обеспокоены состоянием своего здоровья и указывают на высокую степень влияния на него рабочих проблем. Постоянно возникающие профессионально сложные ситуации приводят к хронической усталости и эмоциональному истощению, что непосредственно связано с повышением субъективной оценки их влияния на состояние здоровья государственных служащих. На это указывает значимая положительная корреляция ($r=0,78$) между показателями шкал «эмоциональное истощение» и «состояние здоровья и общая адаптация» методики ОРПВ. Увеличение рабочей нагрузки также отрица-

тельно сказывается на самочувствии государственных служащих, что подтверждается значимыми положительными корреляциями такого компонента «выгорания» как «напряженность в работе» с показателями шкалы «состояние здоровья и общая адаптация» ($r=0,70$).

Из обследованных нами государственных служащих 52,1% отметили ухудшение состояния своего психического и физического здоровья в процессе работы. От них часто поступают жалобы на плохое самочувствие (общая слабость, боли в сердце, нарушения пищеварения, склонность к частым простудным заболеваниям и др.), нарушение сна и отсутствие внутренней готовности и времени на восстановление хорошей физической формы. Ухудшение самочувствия и общей адаптации в коллективе сопровождается усилением беспокойства, связанного с осознаваемой возможностью формирования синдрома профессионального «выгорания».

Оценка депрессии проводилась путем сопоставления количественных значений Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) с клиническими данными, полученными нами при интервьюировании обследованных лиц. По результатам исследования, у 52,8% государственных служащих диагностирована выраженная форма депрессии, у 20,8% – риск возникновения депрессии.

Анализ показателей самооценки здоровья, полученных на основе структурированного интервью, показал, что государственные служащие с выраженной депрессией более низко оценивают собственное здоровье по 10-балльной шкале по сравнению с государственными служащими, у которых депрессия отсутствует ($p < 0,01$). Это означает, что по мере нарастания депрессивной симптоматики у обследованных работников наблюдается снижение показателей самооценки здоровья.

В ходе исследования установлено, что формирование синдрома профессионального «выгорания» у государственных служащих связано с развитием у них депрессивных расстройств. Проведенный корреляционный анализ показал наличие значимых положительных взаимосвязей между уровнем депрессии и большинством рассматриваемых нами компонентов синдрома «выгорания» (табл.)

Таблица.

Коэффициенты корреляций показателей «выгорания» и уровня депрессии

Шкалы опросника ОРПВ - Депрессия	r
Эмоциональное истощение «выгорание»	0,50
Напряженность в работе	0,52
Снижение удовлетворенности работой и оценка ее значимости	0,17
Профессиональный перфекционизм	0,37
Самооценка качества работы	0,47
Помощь и психологическая поддержка коллег	-
Профессиональное развитие и самоусовершенствование	0,28
Общая самооценка	0,25
Состояние здоровья и общая адаптация	0,51
Интегративный индекс ПВ (ИИ пв)	0,55

Самые высокие коэффициенты корреляций получены между уровнем депрессии и такими компонентами синдрома «выгорания», как «эмоциональное истощение», «напряженность в работе» и «состояние здоровья и общая адаптация». Это свидетельствует о том, что испытываемое работниками эмоциональное истощение, высокие рабочие нагрузки и низкая субъективная оценка состояния своего здоровья в существенной степени интенсивно связаны с развитием у них депрессивных расстройств. При выраженной депрессии у работников отмечаются более высокий уровень «выгорания», на что указывает значимая положительная корреляция интегративного индекса профессионального «выгорания» и уровня депрессии ($r=0,55$).

Следует отметить, что взаимосвязь депрессии и «выгорания» имеет сложный характер. Скорее здесь нужно говорить о взаимовлиянии этих двух синдромов, которые в процессе развития могут усиливать друг друга: формирование профессионального «выгорания» способствует развитию депрессивных расстройств, и, наоборот, по мере усиления депрессивной симптоматики увеличивается интенсивность «выгорания».

Ухудшение состояния здоровья, в свою очередь, негативно сказывается на эффективности деятельности государственных служащих и не позволяет им выполнять свою работу на достаточно высоком качественном уровне, о чем свидетельствуют значимые по-

ложительные корреляции показателя шкалы «Самооценка качества работы» методики ОРПВ с показателем шкалы «Состояние здоровья и общая адаптация» ($r=0,68$) и уровнем депрессии ($r=0,47$).

Полученные в этом исследовании данные о высокой связи депрессивных расстройств и интенсивности профессионального «выгорания» у госслужащих вполне согласуются с результатами исследования этих взаимосвязей в структуре синдрома «выгорания» у представителей и других коммуникативных профессий, в частности, у врачей (В.А.Винокур, 2008), что позволяет предположить системный характер этих связей.

Профессиональное «выгорание» работников госслужбы проявляется широким спектром психосоматических расстройств, что представляет серьезную угрозу их здоровью и негативно сказывается на эффективности и качестве работы, что в определенной мере связано с развитием у них депрессивных расстройств. Это определяет необходимость активных усилий, направленных на современную диагностику депрессии и синдрома «выгорания», а также разработку методов его профилактики и антистрессовой коррекции с учетом личностных особенностей и адаптационных ресурсов работников государственного аппарата.

АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Александров А.А.

*Северо-западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, кафедра психологии и педагогики*

Аналитико-катартическая терапия (АКТА – *аналитико-катартическая терапия Александрова*) – современная модель патогенетической психотерапии, представляющая собой сочетание каузального подхода с использованием технических приемов, основанных на катарсисе (в виде *синтеза* элементов психодрамы, гештальт-терапии и клиент-центрированной психотерапии). Теоретической основой АКТА является концепция психологии отношений В. Н. Мясищева. Следует подчеркнуть, что речь идет не об использовании в рамках патогенетической психотерапии методов, заимствованных из других подходов психотерапии, как это часто

имеет место при попытках создания «интегративных» моделей. Классическим примером такого эклектического подхода служит известная книга С. Кратохвила «Групповая психотерапия при неврозах», в которой предлагается на фоне биографических или тематически-ориентированных сеансов в качестве дополнительных проводить сеансы «гештальт-терапии», «психодрамы», «группы встреч» и ряд других. Такой вариант групповой психотерапии с легкой руки С. Кратохвила распространился в России. АКТА демонстрирует принципиально иной подход: она предлагает технику, основанную, как и выше перечисленные подходы, на катарсисе, (и в этом смысле ее можно называть синтетической) сохраняя при этом свою идентичность. Подробно описание техники АКТА с примерами из практики дается в методическом пособии «Аналитико-катартическая терапия: от теории к практике» (А. А. Александров, СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2012).

АКТА имеет общие с патогенетической психотерапией цели и задачи, исходящие из одной теоретической основы метода – психологии отношений В. Н. Мясищева. Эти две главные задачи: осознание психологических механизмов болезни («психогенеза») и восстановление нарушенной системы отношений. Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не ограничивается когнитивной сферой (не сводится к так называемому «интеллектуальному осознанию»): бесполезно «разъяснять» пациенту психологические причины его расстройства, апеллируя к чистому разуму. Более того, некоторые пациенты догадываются о сути внутреннего противоречия или с легкостью принимают версию невроза, предлагаемую терапевтом, избегая тем самым конфронтацию с тяжелыми внутренними переживаниями – источником истинных причин, лежащих в основе заболевания. На абстрактном уровне пациент может рассуждать о своем «трудном характере», создающим проблемы в отношениях с окружающими, объясняя его тяжелыми условиями детства, плохим воспитанием и пр., или вполне резонно объяснять особенности своего поведения «несоответствием между высокими требованиями и возможностями своей личности». В этих случаях «интеллектуальное осознание» следует рассматривать как один из вариантов психологической защиты. Для подлинного понимания психологических механизмов болезни интеллектуальное осознание должно дополняться осознанием эмоциональным. Патогенетическая

психотерапия всегда подчеркивала важность того, чтобы психотерапевтический процесс был достаточно эмоционально насыщенным, наполненным переживаниями больного: эмоциональное отреагирование рассматривалось как один из важных механизмов лечебного действия психотерапии.

Отечественная психология связывает категорию переживания с рефлексивной частью сознания. В литературе, в частности в работах Ф. В. Бассина, обсуждался вопрос о том, могут ли переживания быть неосознанными. Хотя часто переживания и сопровождаются эмоциональными процессами, однако, как показали исследования Л. Р. Фахрутдиновой (2008) зачастую переживания протекают независимо от функционирования эмоциональной сферы, и это связано с действием психологической защиты, блокирующей контакт сферы переживания с эмоциональной сферой. Снятие психологической защиты приводит к изменению в состоянии сознания и проявлению переживания субъекта, которое сопровождается различными эмоциональными, когнитивными и телесно-физиологическими процессами. Кульминацией этого изменения сознания, о котором пишет автор, по нашему мнению, является феномен *катарсиса*. Отталкиваясь от изложенных положений, мы рассматриваем *катарсис* как *осознание*, которое возникает в виде озарения на высоте интенсивного переживания, сопровождаясь снятием психологической защиты с высвобождением подавленных чувств. Важно подчеркнуть, что катарсис связан не только с осознанием, но и с последующей перестройкой психологических отношений. Аналитико-катартическая терапия, таким образом, не сводит катарсис к эмоциональному отреагированию. В аналитико-катартической терапии катарсис является *психотерапевтической техникой*.

АКТА сочетает в себе два подхода – психодинамический и феноменологический. Главный фокус патогенетической психотерапии – вопрос «почему». Это каузальный подход. Основная техника патогенетической психотерапии – *беседа-дискуссия*, часто принимающая характер сократического диалога. Цель беседы заключается, прежде всего, в восстановлении в сознании пациента разрозненных (забытых, вытесненных из сознания) связей между фактами, которые «изобличают» пациента в сокрытии постыдных для него желаний, стремлений, мотивов, мыслей и чувств. Патогенетический психотерапевт добивается этого с помощью конфронтационных

приемов, по возможности стараясь избегать собственных интерпретаций (применяя подчас т. н. «осторожную интерпретацию»). Пациент при этом, естественно, оказывает сопротивление, включает психологические механизмы защиты. В обстановке принятия, сочувствия и поддержки со стороны психотерапевта под давлением «суровой логики фактов» механизмы защиты ослабевают, что приводит к изменению в сознании (инсайту, катарсису). В патогенетической психотерапии, таким образом, катарсис выступает как один из механизмов лечебного действия, является своего рода «побочным эффектом», следствием психотерапевтических приемов, используемых патогенетическим психотерапевтом, и не в последнюю очередь действия неспецифических факторов психотерапии.

В патогенетической психотерапии вопросы защиты и сопротивления ни в теоретическом, ни в практическом аспектах не акцентировались. Хотя в процессе психотерапии врачу, конечно же, приходилось преодолевать сопротивление пациента, тем не менее, главная задача патогенетической психотерапии – осознание – не связывалась со снятием психологической защиты. В этом вопросе патогенетические психотерапевты руководствовались буквально цитатой из И.П. Павлова, в которой указана цель психотерапии: «Врачу надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, даже при его сопротивлении, среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза». Это указание И.П. Павлова несравненно ценно, поскольку вскрывает сущность невроза, однако содержащиеся в нем рекомендации приходят в противоречие с позициями современной психотерапии: помимо больного, а тем более вопреки его сопротивлению можно понять сущность его болезни, но не помочь ему в ее преодолении.

Подход АКТА – каузально-феноменологический. АКТА утверждает, что главная цель – осознание – решается при помощи снятия защиты и сопротивления. Хорошо известен афоризм Ф. Перлза «*что и как важнее, чем почему*». Он нуждается в толковании. Традиционный (психодинамический) подход утверждает, что если пациент осознает причину своего симптома, то последний исчезает, поскольку необходимость в защите отпадает. Феноменологический же подход в лице Перлза утверждает: если снять защиту, то исчезает

симптом – стало быть, знание причины менее важно. В процессе психотерапевтического сеанса терапевт наблюдает, *что* делает пациент для избегания осознания, и *как* он это делает, другими словами, *как* на вербальном и невербальном (на «языке тела») уровнях выражается его сопротивление? Гештальт-терапевт конфронтирует пациента с этими проявлениями психологической защиты (проекцией, интроекцией, ретрофлексией и др.), добиваясь снятия защиты и наступления осознания.

Эти идеи Перлза важны для нас в той степени, в какой они акцентируют внимание терапевта на феноменах защиты и сопротивления. Эти феномены наиболее ярко проявляются в ситуации «сейчас» в процессе использования психодраматических техник. Сама же концепция невроза у Перлза весьма примитивна: он считает, что в основе невроза лежит вытеснение эмоций. Патогенетический подход считает, что без выяснения причины нельзя вскрыть генеза невротического симптома. Гештальт-терапия как таковая может рассматриваться как набор приемов и принципов, предназначенных для «расширения осознания» в группах «личностного роста», чем и объясняется ее популярность среди психологов и студентов.

Патогенетическая психотерапия – это клиническая дисциплина, предназначенная для лечения неврозов. Мы вводим в обиход психотерапии понятие «диагностического психогенетического комплекса», которое объединяет в себе специфичные для невроза элементы психогенеза, а именно:

1. Ситуация и переживания, специфичные для конкретного пациента, затрагивающие особо значимые отношения личности. Специфичность патогенной ситуации и патогенных переживаний.
2. Внутренний конфликт, вытекающий из противоречивых отношений, их несовместимости и столкновения с жизненными требованиями.
3. Невозможность конструктивного решения конфликта в силу нарушения значимых отношений личности.
4. Аффективная переработка трудной ситуации и иррациональный, субъективный способ разрешения конфликта, приводящие к дезорганизации личности и невротическому расстройству.

Таким образом, хотя патогенетическая психотерапия и относится к «конфликтцентрированной» психотерапии, это вовсе не означает, что ее цель ограничивается осознанием внутриличностного

конфликта. Как пишет Б. Д. Карвасарский (1990), «психологический конфликт является условием развития длительного эмоционального напряжения... Длительность этого напряжения зависит не столько от длительности существования объективно трудной психотравмирующей ситуации, сколько от противоречивого характера отношения к ней личности, препятствующего рациональному разрешению конфликта и затрудняющего выход из него».

Только глубокий анализ истории жизни, патогенной ситуации и переживаний пациента способен вскрыть психогенез невроза. Аналитическая же работа, которую пациент проводит *совместно* с терапевтом может привести к осознанию внутренних конфликтов и нарушенных отношений только в том случае, если она сопровождается глубокими эмоциональными переживаниями. При отрыве же когнитивного аспекта отношения от эмоционального, т.е. при достижении одного интеллектуального осознания, не происходит последующей перестройки психологических отношений с конструктивным решением внутриличностного конфликта и исцелением пациента.

В связи с этим с целью оптимизации психотерапевтического процесса и сокращения сроков лечения АКТА использует наряду с аналитическим методом беседы-дискуссии технику, обладающую мощным катартическим потенциалом. Эта техника содержит в себе элементы психодрамы, гештальт-терапии, клиент-центрированной психотерапии.

Возникает вопрос о соотношении в процессе психотерапии аналитической беседы и катартических техник, основанных на принципе «здесь и сейчас». Если мы проанализируем положения изложенного выше «диагностического психогенетического комплекса», то в плоскости практического применения следует развести два основных аспекта, хотя и связанных между собой: это – психогенетический анализ невротического симптома и анализ психологических отношений личности пациента. В психогенетической цепочке – ситуация-личность-симптом – составляющие ее звенья связаны между собой разной степенью жесткости, чем и определяется разнообразие клинических проявлений неврозов. В выборе метода психотерапии необходимо исходить, прежде всего, из психогенеза конкретного невроза. В неврологии еще не разработана психогенетическая классификация, но существует ряд предпосылок для этого. Еще в 30-х годах В. Н. Мясищев считал важным разделе-

ние неврозов на реактивные неврозы («реактивные психоневрозы», «актуальные неврозы» по автору) и неврозы развития («психоневротические развития», «формы развития»). Психогенез этих форм различается по ряду параметров. Если при реактивном неврозе источником является трудная ситуация с ее болезненной переработкой при нормальных тенденциях личности, то при форме развития источником служит внутренняя структура личности; личность создает конфликтные ситуации, а патологическая переработка этих ситуаций являет собой привычный и характерный способ реагирования. Невроз развития – это «уродливый продукт развития в неблагоприятных условиях» (1939). На заре создания концепции невроза и патогенетической психотерапии в 1935 г., выступая на съезде невропатологов и психиатров в Харькове, В. Н. Мясищев давал следующие определения. «При психоневротическом развитии не острые конфликты, не потрясающие события, а вся обстановка, создающая противоречия с действительностью, и часть еще в раннем детстве искажает ход развития личности, создавая патологические тенденции, патологическую структуру и динамику... В отличие от психоневротического развития актуальный психоневроз представляет болезненное состояние до того здоровой личности, декомпенсированной аффективным напряжением».

Внутри реактивного невроза Мясищев, в свою очередь, выделяет две формы. При одной форме не существует связи настоящего заболевания с прошлым травматическим событием; психотравмой является ситуация настоящего. При другой форме психическая травма влияет из прошлого на настоящее; невроз рассматривается как «зафиксированная реакция на прошлое», как фиксация на моменте травмы.

Другой предпосылкой создания психогенетической классификации является работа А. М. Свядоша «Неврозы и их лечение» (1959). Автор разделяет навязчивые состояния на две группы. В первую группу входят элементарные навязчивые состояния, в том числе фобии, причина которых очевидна; больные обычно отдают себе отчет в том, что вызвало их заболевание: так, ребенок, укушенный собакой, начинает бояться всех собак (фиксированный условный рефлекс). Вторую группу составляют навязчивые состояния, причина которых скрыта, автор называет их «криптогенными». Эти случаи объясняются «функциональным перерывом ассоциативных

связей между содержанием obsessions и остальными переживаниями». Больные не могут установить связь между психотравмирующим событием и навязчивым симптомом в тех случаях, когда последний в прямой форме его не отражает. Автор подчеркивает, что такое разграничение практически важно, так как не только патогенез их, но и лечение различны. При криптогенных состояниях показана главным образом каузальная психотерапия.

При реактивных неврозах история симптома конкретна. Он возникает в определенном месте и времени, спровоцирован конкретными событиями, в его содержании часто в символической форме отражается травмирующая ситуация (фрустрированная потребность и т.п.). Одним словом симптом имеет свою логику и понять ее можно только с помощью тщательного и последовательного анализа всех обстоятельств, применяя логико-эмпирический метод, каким и является аналитическая (каузальная) психотерапия. Поэтому для раскрытия симптома применяется традиционная беседа-дискуссия с подробным изучением всех обстоятельств, приведших к образованию симптома. В простых случаях реактивных неврозов акцент делается на прояснении связи травмирующей ситуации с симптомом. В сложных случаях невротических развитий требуется скрупулезный анализ отношений и здесь в значительной степени помогают катартические техники.

Катартические техники применяются для анализа отношений. История формирования отношения, в отличие от симптома, более сложная, ее корни уходят в далекое (и подчас забытое) прошлое. Отношения больных неврозами противоречивы, конфликтны и часто не осознаваемые ими. Для анализа отношений формализованное интервью не вполне годится, необходимо установление доверительных отношений с пациентом, создание условий для его самораскрытия, взаимная симпатия. В процессе применения катартических техник с поощрением спонтанности, искренности, креативности, с использованием фрустрационно-конфронтационных приемов, пациент исследует при активной поддержке и помощи терапевта свои отношения с эмоционально значимыми людьми, отношение к себе и различным аспектам своей жизни. Погружаясь во внутренний мир своих переживаний, пациент стремится разглядеть в его глубинах нечто нелицеприятное, сокрытое от самого себя, подавленное, забытое, но вместе с тем постоянно отбрасывающее тень на «здесь и

сейчас», омрачая жизнь смутными угрызениями совести, безотчетной тревогой и ощущением безрадостного существования. Катарсис служит кульминацией этого трудного поиска, когда неожиданно для пациента, из неясного фона – калейдоскопа образов, мыслей и чувств, обрывочных воспоминаний, отзвуков трагических событий – вдруг, в виде озарения, проступает ясная и четкая фигура: «так вот оно что!»

Таким образом, поскольку аналитико-катартическая терапия использует техники «здесь-и-сейчас», чем, собственно, и отличается от патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева, для нее приобретает особое значение вопрос о соотношении «прошлого» и «настоящего». Это соотношение, в свою очередь, зависит от клинической формы эмоционального расстройства, а именно, идет ли речь об актуальном неврозе, невротическом развитии, травматическом неврозе, эмоциональных проблемах и т.п.

В различных видах психотерапии этот вопрос решается в зависимости от исходной концепции эмоционального расстройства. Для психоанализа прошлое имеет принципиальное значение, поскольку Фрейд для объяснения психогенеза невроза разработал концепцию «навязчивого повторения» вытесненных в детстве сексуальных желаний и фантазий, которые актуализируются в настоящем под влиянием конфликтной жизненной ситуации. С этой концепцией связаны также явления регресса и фиксации на ранних фазах психосексуального развития. Прошлое анализируется с целью вскрытия вытесненного содержания.

В принципе концепция «навязчивого повторения» не противоречит и патогенетической версии применительно к реактивным неврозам, при условии, однако, что, во-первых, речь идет о реальных событиях, а, во-вторых, содержание вытесненного не обязательно носит сексуальный характер. В случаях же хронических неврозов, в основе которых лежит нарушение особо значимых жизненных отношений личности, патогенетическая психотерапия придерживается совсем другого представления об их генезе. В этих случаях прошлое рассматривается не как источник «навязчивого повторения» симптомов или неотреагированной психической травмы, а как источник искаженного развития личности.

Карен Хорни видела причину невроза в «структуре характера». Она писала, что при простом ситуационном неврозе иногда

возможна непосредственная проработка возникшего симптома через соотнесение его с актуальным конфликтом. Однако при хронических неврозах такой связи не наблюдается, потому что симптоматика является конечным итогом существующих «невротических наклонностей». В связи с этим она занималась анализом структуры характера в настоящем, не обращаясь к генезису. По существу Хорни упрощала сущность невроза, сводя ее к невротическому характеру, акцентируя при этом такие черты, как перфекционизм, «тирания долга» и др.

Эллис во многом повторяет идеи Хорни, считая, что в основе невроза лежат «иррациональные убеждения». Достаточно идентифицировать их «здесь и сейчас», не обращаясь к прошлому; генез полностью игнорируется, как это принято в бихевиоральной терапии. Это дает основание некоторым теоретикам психотерапии причислять рационально-эмотивную терапию Эллиса к феноменологическому подходу.

Гештальт-терапия утверждает подход «здесь-и-сейчас», не интересуясь психогенезом. Бет Брински, например, пишет: «Клиент предъявляет события, которые являются либо актуальными, и находятся «здесь и сейчас», либо «историческими», то есть возникшие в прошлом незаконченные дела, которые влияют на сегодняшнее функционирование. Вне зависимости от этого, терапевтический процесс фокусируется на происходящем «здесь и сейчас».

Согласно концепции патогенетической психотерапии невроз не сводится ни к «незавершенным ситуациям», ни к «невротической структуре характера», ни к «иррациональным убеждениям», ни к «когнитивным искажениям». Не является невроз и результатом фрустрации базальных потребностей. Даже выявление у пациента «нарушения системы отношений» недостаточно для постановки диагноза «невроз»; это лишь предпосылка к его возникновению. Р. А. Зачепиский (1974) отмечал, что недостаточно знание типичных черт личности и отношений пациента, способствующих развитию различных форм неврозов. Например, невроз навязчивых состояний возникает чаще у лиц с утрированным чувством долга и склонностью к задержке внешних проявлений эмоций. «Такое знание важно, но оно может служить лишь для первоначальной ориентировки. Само же по себе такое знание не раскрывает конкретных психологических особенностей каждого данного больного потому, что

за фасадом общечеловеческих черт каждой личности скрываются тонкие индивидуальные нюансы ее особо значимых отношений. Их индивидуальное содержание предстоит раскрыть в процессе психотерапии».

В отличие от патогенетической психотерапии, которая проводилась сугубо в форме «беседы-дискуссии», и настаивала на сборе подробного анамнеза, что являлось необходимым условием выяснения психогенеза невроза, аналитико-катартическая терапия не столь категорична в отношении к прошлому и к традиционной технике сбора анамнестических данных. Это связано, во-первых, с тем, что АКТА предназначена не только для лечения неврозов (реактивных или невротических развитий), но может использоваться и в психологическом консультировании пациентов с эмоциональными проблемами, а также в группах «личностного роста» («психокоррекционных группах»). Во-вторых, это связано с самим *методом* аналитико-катартической терапии, при котором *значимая* информация из прошлого актуализируется (в виде «незавершенных ситуаций») и прорабатывается «здесь-и-сейчас» с помощью психодраматических приемов.

В связи с этим практикуются две формы проведения аналитико-катартической терапии, которые различаются соотношением «прошлого» и «настоящего»: 1) индивидуальная психотерапия неврозов; 2) проблемно-ориентированные сеансы (индивидуальные и групповые).

1. Индивидуальная психотерапия неврозов. Это биографически ориентированные сеансы с глубоким анализом истории жизни, личности и патогенной ситуации пациента. Применяется аналитический метод «беседы-дискуссии», в процессе которого прорабатывается все элементы «диагностического психогенетического комплекса». На этом фоне применяются катартические психодраматические техники: мы прерываем рассказ пациента, точнее «беседу-дискуссию», и предлагаем пациенту перенести из прошлого неотреагированные комплексы и конфликты в настоящее, с тем чтобы «здесь и сейчас» в процессе непосредственного переживания с помощью терапевта разрешить их. Это технический прием, который позволяет пациенту заново пережить неразрешенные в прошлом проблемы и полученные травмы. Это все та же работа по завершению незаконченных ситуаций, но в аналитико-катартичес-

кой терапии тех ситуаций, которые выявляются в процессе психогенетического анализа невроза.

2. Проблемно ориентированные сеансы. Эта форма применяется в психологическом консультировании, обучающих семинарах, мастер-классах и т.п. В психологическом консультировании это сеансы как индивидуальной, так и групповой терапии; в остальных случаях – групповые занятия, внешне напоминающие гештальт-группу. Работа в диадном контакте «пациент-терапевт» на фоне группы, члены которой принимают участие в отражении чувств протагониста, обсуждении проблемы.

В структуре проблемно ориентированных сеансов ведущая роль отводится психодраматическим методам «здесь и сейчас», прошлое пациента исследуется фрагментарно.

По мнению И. Ялома (2000) «прошлое ценно ровно в той мере, в какой проясняет сегодняшнюю реальность пациента; прошлое – *слуга*, а не *господин*». «Основная задача заключается не в раскапывании, не в сборе кусочков мозаики и не в понимании прошлого, а в использовании прошлого в качестве подспорья для понимания (и изменения) присущего индивиду способа строить отношения с окружающими в настоящем». Терапевт не делает систематического, тщательного исторического обзора. Вместо этого он совершает периодические «вылазки» в различные сектора прошлого, пытаясь разобраться в истоках той или иной межличностной установки.

Как видно из приведенных выдержек из И. Ялома, речь идет об истоках «межличностной установки» («отношения»), а не об истоках невротического расстройства. Действительно, дисфункциональные стереотипы реагирования могут быть выявлены и проанализированы в ситуации «сейчас» на актуальном материале, почерпнутом из текущей ситуации пациента или на материале, добытым путем «вылазок в различные сектора прошлого». Иначе обстоит дело в случаях неврозов. Конфликт и вызванные им симптомы приходится «раскапывать», здесь недостаточно ограничиться выявлением «межличностных установок».

При этой форме пациент рассказывает наиболее драматичные страницы своей жизни, или наиболее важные с его точки зрения эпизоды, имеющие отношение к его проблематике, которые затем проигрываются и подвергаются анализу.

Таким образом, соотношение аналитического и катартического методов в АКТА зависит напрямую от особенностей психогенеза невротического расстройства. Анализ патогенной ситуации, личности и симптоматики пациента проводится в тесной связи с применением катартических техник: они дополняют друг друга, и эта связь способствует более быстрому продвижению пациента к осознанию психологических механизмов болезни и к перестройке нарушенных отношений. Если же попытаться более конкретно определить значение применения катартических техник в рамках каузального подхода патогенетической психотерапии, то без преувеличения можно сказать, что *катартический метод обладает мощным потенциалом для кларификации (прояснения) психологических отношений личности.*

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЭЙЗЕНМЕНГЕРА

Алехин А.Н.¹, Андреева Е.В.¹, Трифонова Е.А.¹,
Гончарова Н.С.², Моисеева О.М.²

*Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена¹,
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии
им. В.А. Алмазова»²*

*Исследование выполнено при поддержке гранта
Президента РФ МК-2076.2012.6.*

Введение. В настоящее время в связи с возросшими технологическими возможностями медицины становится все более актуальной проблема обеспечения реабилитации пациентов с хронической соматической патологией. Приобретает особое значение исследование факторов, определяющих качество жизни пациентов с редкими, ранее некурабельными расстройствами, к числу которых относится синдром Эйзенменгера (СЭ). Впервые рассматриваемый синдром был описан врачом Виктором Эйзенменгером в 1897 году (Австрия) на примере пациента со значительным дефектом межжелудочковой перегородки. Подробное изучение физиологических аспектов формирования синдрома Эйзенменгера (СЭ) было осуществлено Полем Вудом. Он показал, что СЭ может развиваться

при различных пороках сердца, при условии наличия артериовенозной коммуникации, то есть совмещение большого и малого кругов кровообращения.

Продолжительность жизни пациентов с синдромом Эйзенменгера выше, чем у пациентов с идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛАГ), при благоприятном прогнозе она достигает официального пенсионного возраста, причем длительное время пациенты с синдромом Эйзенменгера могут оставаться социально-активными членами общества. Тем не менее, продолжительность жизни у пациентов с СЭ меньше общепопуляционной – на 20 лет, причем риск летального исхода при данном синдроме возрастает в 3,8 раза. В настоящее время с появлением специфических препаратов для лечения легочной артериальной гипертензии (ЛАГ), а также трансплантации легких отмечается позитивное изменение ситуации.

Зарубежные исследования, рассматривающие проблему влияния СЭ и ЛАГ на качество жизни и психическое здоровье пациентов, как правило, отмечают деструктивность, выражающуюся в значительном снижении функциональных возможностей, обуславливающих качество жизни пациентов с СЭ по сравнению с другими пациентами с цианотическими врожденными пороками сердца.

Отечественные исследования, посвященные больным с этой формой патологии, немногочисленны. Еще меньше работ, отражающих особенности качества жизни этих пациентов. А вместе с тем понимание относительной роли психологических и клинических факторов в формировании качества жизни пациентов с СЭ позволило бы обосновать направления их психологического сопровождения в процессе поддерживающего лечения.

Цель: определение характера взаимосвязи эмоционального статуса и качества жизни пациентов с СЭ.

Организация и методы исследования. Исследование проводилось на базе НИО некоронарогенных заболеваний миокарда «ФЦСКЭ им. А.И. Алмазова», с информированного согласия пациентов при участии врачей-кардиологов. На первом этапе врачами-кардиологами проводился осмотр пациентов, после осмотра и беседы – тест шести минутной ходьбы (Т6МХ) и сразу после теста пациенту предлагалось оценить выраженность одышки по шкале Борга. На втором этапе осуществлялось психологическое обследование, включавшее беседу, а также психодиагностические опросники: опросник

для оценки качества жизни – SF-36, «Шкала самооценки депрессии» Зунга, медико-социологического опросник «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) (Вассерман Л.И. и соавт., 2005).

При математико-статистическом анализе использовались методы описательной статистики (частоты); методы выявления различий (U-критерий Манна-Уитни); методы выявления взаимосвязей (коэффициент корреляции r-Спирмена); критерий оценки нормальности распределения Колмогорова-Смирнова. Данные обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 19.

Всего был обследован 31 пациент (9 мужчин, 22 женщины), в возрасте от 17 до 61 года, средний возраст составил $34,1 \pm 2,1$. Из 31 обследованного 12 получили высшее образование, 22 пациента имеют постоянную профессиональную занятость, 9 пациентов состоят в браке, у 9 пациентов из 31 есть дети. Только одна пациентка принадлежит к I функциональному классу лёгочной артериальной гипертензии (ФК ЛАГ), 15 пациентов (7 мужчин) принадлежат ко II ФК ЛАГ, 12 пациентов (1 муж.) – к III ФК ЛАГ, у 3 пациентов (1 муж.) диагностирован IV ФК ЛАГ. Несмотря на медицинские рекомендации 5 пациентов курят (16,1%). У 8 пациентов (25,8%) отмечено существенное ухудшение функционального статуса (по Т6МХ) в сравнении с предыдущим осмотром. Средняя дистанция прохождения в Т6МХ составила $386,03 \pm 17,4$ метра.

Результаты исследования. По шкале самооценки депрессии средний показатель по группе составил $34,9 \pm 1,6$, что соответствует условной норме. Только у двух человек показатели достигали или превышали порог для определения риска депрессивного состояния.

Значение физического компонента качества жизни ниже среднего по популяции и составляет $43,2 \pm 1,5$, средний показатель психологического компонента качества жизни снижен в незначительной степени ($47,6 \pm 1,9$). В целом исследуемую группу можно описать скорее как благополучную в психологическом плане и с умеренным снижением в физическом. Общий коэффициент социальной фрустрированности составил $2,3 \pm 0,1$, что соответствует состоянию без выраженной неудовлетворенности в социальной сфере.

Фрустрированные своим здоровьем и работоспособностью пациенты принадлежат к более низкому функциональному классу ЛАГ ($r=0,46$, $p=0,02$). Функциональный класс ЛАГ пациентов также отрицательно взаимосвязан с показателем физического компонента

качества жизни ($r=-0,534$, $p=0,002$), при этом, однако, взаимосвязи с психическим компонентом выявлено не было.

Результаты оценки взаимосвязи показателей качества жизни и эмоционального статуса обследованных пациентов представлены в таблице.

Таблица.

Взаимосвязь показателей качества жизни и эмоционального статуса у пациентов с синдромом Эйзенменгера

Психодиагностические параметры	Компоненты качества жизни пациентов с СЭ (методика SF-36) (коэффициент корреляции Спирмена)									
	физический компонент здоровья	психологический компонент здоровья	физическое функционирование	ограничивающее влияние физических проблем	интенсивность боли	общее состояние здоровья	жизненная активность	социальное функционирование	ограничивающее влияние эмоциональных проблем	психическое здоровье
Уровень депрессии (шкала Зунга)	-0,78***	-0,71***	-0,59**	-0,75***	-0,56**	-0,74***	-0,67***	-0,66***	-0,59**	-0,64***
Фрустрированность своим здоровьем и работоспособностью	-0,70***	-0,77***	-0,59**	-0,75**	-0,56**	-0,74***	-0,67***	-0,66***	-0,59**	-0,64***

Примечание: *** - $p < 0,001$, ** - $p < 0,01$.

Как следует из таблицы, качество жизни пациентов тесно взаимосвязано со степенью неудовлетворенности своим здоровьем и работоспособностью, а также эмоциональным фоном.

В настоящем исследовании также выявлены значимые положительные связи между степенью выраженности депрессивных

проявлений и социальной фрустрированностью ($r=0,48$, $p=0,01$), в особенности фрустрированностью своим здоровьем и работоспособностью ($r=0,82$, $p=0,0001$), а также взаимоотношениями с ближайшим социальным окружением ($r=0,38$, $p=0,05$).

Обсуждение. В настоящем исследовании не было выявлено существенных нарушений в эмоциональной сфере, а также выраженного снижения субъективно оцениваемого качества жизни у пациентов с СЭ. Ограничения, которые испытывают пациенты, в большей мере затрагивают их физическую активность, нежели психическое здоровье. Данный результат представляется важным и отражает, по-видимому, адаптационный потенциал личности в ситуации болезни, несмотря на обусловленное ею существенное снижение функциональных возможностей и отчетливую витальную угрозу. Примечательно, что функциональный класс ЛАГ был связан преимущественно с самооценкой физических ограничений, и в значительно меньшей мере определял эмоциональный статус пациентов. В то же время, как показало исследование, качество жизни пациентов зависит от эмоционального состояния, даже в том случае, если речь не идет о клинически значимых депрессивных нарушениях. Пациенты со сниженным эмоциональным фоном, пессимистичные, менее уверенные в себе, со сниженной мотивацией к деятельности в целом имеют более низкое качество жизни, как психологическом, так и в физическом плане. Таким образом, эмоциональное состояние может рассматривать как существенный фактор в формировании качества жизни пациентов.

Выводы. Пациенты с синдромом Эйзенменгера характеризуются снижением в физическом компоненте качества жизни при относительном благополучии в сфере психического здоровья.

По мере снижения функциональных возможностей у пациентов закономерно снижается субъективная удовлетворенность состоянием физического здоровья и работоспособностью, при этом, однако, психическое благополучие страдает в существенно меньшей мере, что свидетельствует о способности к адаптивной перестройке системы личностных отношений.

Качество жизни пациентов в существенной мере зависит от их эмоционального состояния: при сниженном эмоциональном фоне отмечаются нарушения как в психологическом, так и в физическом аспекте качества жизни.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОРЫ ИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Антипина Т.А., Антипин С.Г., Ельшибаева К.Г.,
Воробьева Н.В., Матвеев А.В.

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, факультет прикладной психологии,
кафедра психологии здоровья*

Традиционно качественной характеристикой феномена «здоровье» выступает жизнеспособность - системное качество личности, характеризующее органическое единство психофизиологических и социальных способностей человека к эффективному применению средств позитивного самовыражения и самореализации в рамках конкретного культурно-исторического социума.

Обобщая психологические исследования, можно выделить два уровня жизнеспособности подростка – психофизиологический и социально-личностный.

Психофизиологическая жизнеспособность характеризует жизнедеятельность подростка на уровне биологического организма и индивидуально-типических свойств психики:

- свойственная организму подростка достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде, проявляющаяся в сохранности привычного позитивного самочувствия;
- постоянство и идентичность эмоциональных переживаний в однотипных ситуациях;
- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

Социально-личностная жизнеспособность подростка характеризует его жизнедеятельность на уровне субъектности:

- осознание индивидом непрерывности, постоянства и идентичности своего физического, психического и личностного «Я»;
- способность управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами;
- позитивная критичность к себе и собственной жизнедеятельности во всех ее формах и проявлениях, а также к ее результатам;

- способность к позитивному планированию своей жизнедеятельности и реализации этого плана в общих чертах;
- способность изменять поведение и уточнять смысл своего существования в зависимости от смены жизненных обстоятельств.

Могут быть выделены следующие качественные динамические показатели сформированности жизнеспособности подростка на обоих уровнях: устойчивость – изменчивость, ситуативность – стабильность. В то же время жизнеспособность как системное качество личности подростка в своем развитии проходит через следующие состояния: нецелое (несвязанное), целое (связанное) и оптимально целое (единое целое).

В процессе развития человека в онтогенезе структура его личности претерпевает различные изменения, фиксирующие ее качественно новые состояния. Эти изменения могут приводить к временным проявлениям состояния «нездоровье» как трудностям личностного роста. Причиной появления феномена «нездоровье» у подрастающего поколения (в частности, у подростков) являются системные нарушения жизнеспособности, которые проявляются в неспособности к позитивному саморазвитию в конкретных жизненных обстоятельствах.

Следовательно, школьное образование, укрепляющее здоровье подростка, должно заключаться, в первую очередь, в формировании у них конструктивных способов разрешения трудных жизненных ситуаций как необходимого условия сохранения и укрепления их жизнеспособности (достижение состояния «оптимально целого» с характеристиками «устойчивое» и «стабильное в проявлении»).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ С ПРИЗНАКАМИ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Бартош Т.П.

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН, Магадан

В условиях Севера механизмы психофизиологической адаптации детей и подростков испытывают дополнительные нагрузки и функционируют в режиме повышенного напряжения [2].

В то же время, обучение в школе связано с большими физическими и нервно-психическими нагрузками. Центральная нервная система чутко реагирует на неблагоприятные изменения в окружающей среде функциональными расстройствами, которые выражаются в виде нарушения психо-вегетативного обеспечения адаптационных возможностей организма [1, 3]. При нарушении психической адаптации вегетативное обеспечение деятельности и эмоций трансформируется в надсегментарные вегетативные нарушения, протекающие в форме психо-вегетативного синдрома. При длительном аффективном напряжении течение психо-вегетативного синдрома может принимать патологический характер. В этом случае хронические эмоциональные состояния сопровождаются висцеро-вегетативными расстройствами [1]. Выявлена существенная взаимосвязь между параметрами реактивной и личностной тревожности и артериальной гипертензии [7]. На организменном уровне психическая дезадаптация проявляется в изменении индивидуального поведения и эмоциональной реактивности [1].

На основании вышеизложенного актуально проведение скрининговых исследований по выявлению среди школьников групп риска по уровню нервно-психической адаптации. Задачей нашего исследования было: определить особенности психического состояния у старшеклассников Магадана с признаками нарушения психической адаптации.

Всего было обследовано 228 девушек и 187 юношей 9-11 классов гимназий лицей г. Магадана в период учебной деятельности. Текущее функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС) определяли на основании выполнения простой и сложной сенсомоторных реакций, с расчетом количественных критериев по Т.Д. Лоскутовой [6], которые характеризуют с различных сторон текущее функциональное состояние ЦНС: функциональный уровень системы (ФУС), устойчивость реакции (УР) и уровень функциональных возможностей (УФВ) с помощью АПК «НС-ПсихоТест» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново). Для оценки актуального психического состояния применяли стандартизированные методики. Уровень ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности определяли с помощью методики Спилбергера-Ханина. Для определения форм агрессивных и враждебных реакций использовали опросник А. Басса и А. Дарки. Определяли уровень социальной фрустриро-

ванности подростков (УСФ-п). Опросник позволяет определить риск нарушения психической адаптации в различных социальных сферах. Степень вегетативной лабильности определяли по опроснику СВЛ. Также учащимся был предложен Мичиганский скрининг-тест для подростков «есть ли проблемы с наркотиками и алкоголем» (Методики разработаны и адаптированы коллективом исследователей под руководством Л.И. Вассермана, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург).

Распределение по группам производили на основании диагностического теста нервно-психической адаптации (НПА) [4]. Тест НПА включает 26 утверждений, отражающих невротические и неврозоподобные проявления в эмоционально-аффективной сфере. Испытуемые были разделены на 4 группы: в 1-ю и 3-ю группы вошли девушки и юноши с неблагоприятными прогностическими признаками нарушения нервно-психической адаптации (более 30 баллов по шкале НПА); 2-ю и 4-ю группу составили девушки и юноши со слабо структурированной симптоматикой (менее 30 баллов).

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

В результате исследования старшеклассников было установлено, что из всей обследуемой выборки у 44 % девушек и 19 % обследуемых юношей имелись нарушения нервно-психической адаптации. При этом у 22% девушек и 7% юношей наблюдались признаки нервно-психической предпатологии и легкой патологии. При оценке текущего функционального состояния ЦНС по критериям Т. Д. Лоскутовой [6], в группах подростков обоего пола с признаками нарушения нервно-психической адаптации (1-я и 3-я группы) регистрировались более низкие показатели ФУС, УС и УФВ по сравнению со сверстниками (2-й и 4-й группы) ($p < 0,05$). Это свидетельствует о более низких функциональных возможностях ЦНС у этих подростков. Для такого состояния характерно ослабленное внимание, повышенная утомляемость и значительное снижение работоспособности в целом. Корреляционный анализ показал отрицательную достоверную связь между показателями НПА с ФУС ($r = -0,43$, $p < 0,01$). Юноши 1-й группы при выполнении теста сложной зрительно-моторной реакции, по сравнению с остальными изучаемыми группами, допустили наибольшее количество ошибок на диф-

ференцировочный сигнал и имели самую низкую степень точности выполнения заданий ($p < 0,05$), что указывает на низкое текущее функциональное состояние ЦНС, относительную слабость дифференцировочного торможения и низкую концентрацию внимания. Таким образом, подростки обоего пола с признаками нарушения нервно-психической адаптации характеризуются низким текущим функциональным состоянием ЦНС по сравнению со сверстниками с устойчивой адаптацией.

При изучении актуального психического состояния установлено, что лица 1-й и 3-й группы отличались от своих сверстников 2-й и 4-й групп достоверно ($p < 0,05$) более выраженными проявлениями СТ и ЛТ, вегетативной лабильности, раздражительности, обиды, подозрительности, в целом, агрессивными и враждебными реакциями, а также, более высоким уровнем социальной фрустрированности в различных социальных аспектах. Девушки 1-й группы в основном имели очень высокую личностную тревожность ($46 \pm 1,4$ балла) и достоверно ($p < 0,05$) более высокие показатели физической агрессии, а юноши - негативных реакций ($p < 0,05$). Негативизм может проявляться в тревожности, выраженной дезорганизации поведения, напряженности, конфликтности, упрямстве. Показатели подозрительности, обиды и чувство вины отражают невротические реакции, служат показателем общей нестабильности отношений индивидуума с окружающими [5]. В свою очередь, фрустрация является одним из источников тревожности, раздражительности, агрессивных реакций и, наконец, неврозов. Можно говорить о взаимодополняющем влиянии показателей тревожности, враждебности и фрустрации в вероятности развития нарушений психической адаптации. Также девушки 1-й группы, по сравнению со сверстницами, в соответствии с анализом данных по Мичиганскому скрининг-тесту, имели более выраженные проблемы, связанные со склонностью к употреблению алкоголя ($p < 0,01$). Корреляционный анализ показал высокую силу связи показателей НПА с ЛТ у лиц обоего пола ($r = 0,65-0,70$, $p < 0,01$). Также регистрировались положительные взаимосвязи показателя НПА с параметрами УСФ-п ($r = 0,44$, $p < 0,01$), СВЛ ($r = 0,50$, $p < 0,01$), Обидой ($r = 0,34$, $p < 0,05$), ИВ ($r = 0,36$, $p < 0,05$), Раздражением ($r = 0,25$, $p < 0,05$) и показателем по Мичиганскому тесту ($r = 0,29$, $p < 0,05$).

Таким образом, нарушения психической адаптации проявляются в особенностях личности и психического состояния подростка. Установленные корреляционные связи свидетельствуют о формировании у подростков с низким уровнем нервно-психической адаптации симптомокомплекса эмоциональных нарушений, в рамках которых наблюдается сочетание вегетативной лабильности, раздражительности, тревожных, фрустрационных, враждебных реакций, склонности к употреблению психоактивных веществ на фоне низкого текущего функционального состояния ЦНС. Это может служить причиной эмоциональной нестабильности, низкой фрустрационной толерантности, неврастенического состояния и являться одним из проявлений социально-психологической дезадаптации учащихся.

Литература.

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие. -3-е издание, Изд-во: Медицина, 2000. - 496 с.
2. Бартош Т.П., Бартош О.П., Вассерман Л.И. Комплексное психофизиологическое и медико-психологическое исследование подростков, проживающих в экстремальных условиях Северо-Востока России // Сибирский психологический журнал. - 2008. - № 30. - С.77-81.
3. Губарева Л. И., Будкевич Р. О., Агаркова Е. В. Психофизиология: Учеб. пособие. М.: Владос, 2007. - 189 с.
4. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 46-53.
5. Ениколопов С.Н., Ерофеева Л.В., Соковня И.И. Профилактика агрессивных и террористических проявлений у подростков: Методическое пособие для педагогов, школьных психологов, родителей /под ред. И.И. Соковни. Изд. 2-е - М: Просвещение, 2002.- 158 с.
6. Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности / Под ред. А. М. Зимкиной, В. И. Климовой-Черкасовой. - Л.: Медицина, 1978. - 279 с.
7. Штарик С. Ю. Взаимосвязь повышенного уровня тревоги и артериальной гипертонии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. - № 2 (59). – С. 69-73.

ТЕЛЕСНООРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Белов В.Г., Нестеренко М.Ю.,
Жукова О.А., Ельшибаева К.Г.**

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, факультет прикладной психологии,
кафедра психологии здоровья*

В настоящее время в клинической практике распространенность психосоматических расстройств достаточно велика. По разным источникам она составляет от 30 до 90 % всех заболеваний. Лечение психосоматических расстройств требует специальных подходов с использованием психотерапевтических методов. В современной психотерапии существует много подходов к лечению психосоматических расстройств (психодинамическая терапия, арт-терапия, психодрама, символдрама, телесно-ориентированная психотерапия и т.д.). В последнее время наблюдается тенденция к интеграции различных методов и подходов. Один из таких подходов – терапия осознанием с опорой на тело, помогает эффективно и в короткие сроки осуществлять психокоррекцию психосоматических расстройств.

В современной психологии и психотерапии наблюдается стремление к пониманию организма человека как целостной системы. Целостный подход был введен гештальт-психологией, в дальнейшем разрабатывался и другими школами: Австрийской школой, в культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, в теории деятельности А.Н. Леонтьева и С.Л. Рубинштейна, в гуманистической психологии. В своей психотерапевтической практике целостного подхода придерживались Ф. Перлз (гештальт-терапия), П.Ферручи и Р. Ассаджиоли (психосинтез), академик В.М. Бехтерев рассматривал человеческий организм как целостную систему. Такой подход получил название холистического (от англ. the whole – целый, целостность). Холистический подход подразумевает взаимосвязь всех функций организма, рассматривает личность как целое, во всех ее ипостасях: психика, тело, чувства, мышление, моторика и т.д.

Целостный подход лег в основу терапии осознанием с опорой на тело. Ф. Перлз говорил, что «усиление осознания всегда было высшей целью психотерапии». Многие виды психотерапии считают неосознанность причиной большинства психологических

проблем (неврозов, психосоматических расстройств), а осознание приносит излечение. Несмотря на то, что термин *осознание* активно используется в психологии и психотерапии, часто представление о нем размыто.

Осознание в данном подходе отличается от *знания*, полученного из источников информации, от интеллектуального представления, полученного путем мышления. Используется понятие *целостного осознания*, достичь которого можно путем движения по четырем направлениям: осознание тела, осознание чувств, осознание образов и осознание мыслей. Эти направления называются «Квадранты осознания».

Осознание в данном подходе тесно связано с телом, которое является субъектом и объектом осознания одновременно, что делает его связующим звеном между внутренним миром человека и внешним миром, его окружающим, между сознанием и бессознательным. С этой целью используется специально организованный диалог, ряд общих и специальных приемов работы с телом, представления о топической соматопсихопатологии. «Квадранты осознания» имеют психофизиологическую основу, так как находятся в полном соответствии с данными, полученными при изучении различий между высшими и низшими, корковыми и подкорковыми функциями, межполушарной асимметрии функций головного мозга.

Психокоррекционный подход «Осознание с опорой на тело» построен на основе интеграции основных положений гештальт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии. Особенности подхода являются следующие положения: 1) психолог работает только по запросу клиента, запрос формулируется в позитивной форме; формулирование запроса клиентом является подтверждением его желания измениться; 2) диалог психолога с клиентом происходит с опорой на тело (клиент по просьбе психолога обращается к своим ощущениям в теле и сообщает о них); 3) целостное осознание: осознанность телесных ощущений, образов, эмоций и мыслей создает основу для понимания самого себя и других людей; 4) осознанность характеризуется: на телесном уровне – расслабленность, комфорт; на уровне образов – динамика в сторону положительных образов; на уровне эмоций – положительные эмоции; на когнитивном уровне – позитивные мысли; 5) в ходе психокоррекционного процесса могут использоваться эмпатические прикосновения психолога к зонам

мышечных напряжений; 6) каждый случай – уникальный, поэтому психолог не обобщает и не интерпретирует; 7) психолог в работе с клиентом обязательно имеет помогающую мотивацию.

Как показывает практика, длительность психокоррекционного процесса по одному запросу - от одной до десяти психотерапевтических сессий, длительность каждой от часа до двух. Критерием проработанности проблемы является комфорт в теле. Осознание в данном подходе является средством, при помощи которого решаются психокоррекционные задачи.

Кроме психосоматических расстройств показаниями к применению данного метода являются невротические расстройства, депрессивные состояния, различные виды зависимостей, патологическое горе, помощь в принятии решений, проблемы межличностных взаимоотношений.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА КОНСТРУКТИВНОГО ПРЕОДОЛЕНИЯ ФРУСТРАЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИКОЙ

**Белов В.Г., Парфенов Ю.А., Жукова О.А.,
Шахов Д.В., Парфенов С.А.**

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, факультет прикладной психологии,
кафедра психологии здоровья*

Способность человека преодолевать действие неблагоприятных факторов является, несомненно, одним из важнейших условий актуализации и реализации его личностного потенциала. В связи с этим особую актуальность приобретает проблема фрустрации и определение условий ее преодоления.

В переводе с латинского «фрустрация» (лат. frustration) – обман, неудача, тщетная попытка. В контексте психологических исследований фрустрация понимается как:

1) акт блокирования поведения, направленного на достижение значимой ситуации (фрустрационная ситуация);

2) эмоциональное состояние, возникающее вследствие неудачи, неудовлетворения какой-либо значимой потребности, упреков со стороны.

Во многочисленных исследованиях фрустрация характеризуется как негативное психическое состояние. Как отмечает Н.Д. Левитов, фрустрация представляет собой сложное эмоционально-мотивационное состояние, выражающееся в дезорганизации сознания, деятельности и общения, возникающее в результате продолжительного блокирования целенаправленного поведения объективно непреодолимыми или субъективно так представляемыми трудностями. Ф.Е. Василюк относит фрустрацию к экстремальным жизненным ситуациям, наряду со стрессом, конфликтом и кризисом, считая, что если возникает фрустрация, то есть невозможность удовлетворить эту потребность, то вся жизнь оказывается под угрозой, значит, подобная ситуация равносильна кризису.

В качестве негативных проявлений фрустрации называются агрессия, реакция избегания, депрессия, регрессия (Н.Д. Левитов); беспокойство и напряжение (А.В. Махнач, Ю.В. Бушов); чувства безразличия, вины и тревоги, апатия и утрата интереса (В.М. Астапов); ярость и враждебность (Т.Г. Румянцева); зависть и ревность (А.И. Плотичер); психосоматические реакции (А. Bandura). М.-А. Роббер, Ф. Тильман к отрицательным реакциям на фрустрацию относят агрессивное поведение в виде *экстрапунитивных* (агрессия направлена на предметы и посторонних людей) и *интрапунитивных реакций* (стыд, угрызания совести и чувство вины), а также неагрессивные реакции, к которым относятся бегство, фиксация, регрессия и подавление.

Фрустрации выполняют и позитивную роль в жизни человека. Человек растет и развивается тогда, когда учится преодолевать фрустрацию, мобилизуя врожденные ресурсы на управление окружающей средой с целью удовлетворения своих потребностей. Умеренное переживание фрустрации обеспечивает фокусирование внимания индивида на проблеме и ее решение. Так М.-А. Роббер, Ф.Тильман к положительным реакциям на фрустрацию относят преодоление препятствия, проявление изобретательности и обход препятствия, компенсирующие действия, а также (в случае необходимости) отказ от намеченной цели.

Также отмечается, что в некоторых случаях фрустратор не вызывает фрустрацию. Это явление носит название фрустрационной толерантности, под которой понимают терпеливость, выносливость, отсутствие тяжелых переживаний и резких реакций. В основе то-

лерантности лежит способность человека к адекватной оценке фрустрационной ситуации и предвидение выхода из неё. Толерантность в отношении барьеров разумна и необходима. Речь идёт не о том, чтобы «стерпеть» эти барьеры, а о том, чтобы признавать всю их необходимость и полезность, считать их для себя благом, и переживать фрустрацию скорее тогда, когда эти барьеры недостаточны. В этом случае фрустрационная толерантность выступает как значимое качество личности.

И все же особое внимание в литературе отводится деструктивным проявлениям фрустрации, их преодолению и разрешению. Особенно это актуально по отношению к лицам пожилого возраста.

В рамках бихевиористского подхода (Р. Бэрон, Д. Ричардсон) в психокоррекционной и психоразвивающей работе с людьми, склонными к агрессивному поведению в ситуации фрустрации, предлагается и используется *обучение различным социальным умениям*. В качестве конкретных процедур тренинга социальных умений выступают следующие: моделирование/демонстрация примеров адекватного поведения (викарное научение), ролевые игры (выработка умений), установление обратной связи через поощрение/вознаграждение за желательное и адекватное социальное поведение; перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку.

В гештальттерапии (Ф. Перлз и др.), как и в психоанализе, большое внимание уделяется *осознанию клиентом своих фрустраций* и устранению невротических механизмов, их обуславливающих (слияние, интроекция, проекция и др.). Для этого используется *создание условий для повторного переживания фрустрирующих ситуаций*, что обеспечивает клиенту доступ к имеющимся у него ресурсам.

В логотерапии В. Франкла особое внимание уделяется *экзистенциальной фрустрации*, возникающей, когда у человека фрустрировано стремление к смыслу. Апатия и скука - главные характеристики экзистенциальной фрустрации. Сама по себе она не является патологической, но играет большую роль в развитии ноогенных неврозов. В работе с клиентами, находящимися в состоянии экзистенциального вакуума, В. Франкл использует следующие методы: *гуманные отношения с логотерапевтом; внимательное отношение к признакам экзистенциального вакуума; углубление экзистенциального осознания; фокусирование на поисках смысла.*

Одним из основных постулатов рационально-эмоциональной поведенческой теории (А. Эллис) является то, что у людей в одно и то же время могут быть как рациональные, так и иррациональные убеждения. Рациональные убеждения ассоциированы со здоровыми негативными эмоциями (озабоченность, грусть, сожаление, огорчение, раздражение); иррациональные - с нездоровыми негативными эмоциями (тревога, депрессия, вина, стыд/смущение, гнев). *Работа с иррациональными взглядами и формирование рациональных взглядов* составляют сущность рационально-эмоциональной поведенческой терапии по преодолению фрустрации.

В связи с тем, что фрустрация (как психическое состояние) связана с преодолением трудностей (фрустрирующей ситуации), необходимо также учитывать используемые при этом стратегии.

В настоящее время не существует общепризнанной классификации типов преодоления. В частности, С. Хобфолл предложил многоосевую модель «поведения преодоления», которая имеет две основные оси: «просоциальная-асоциальная», «активная-пассивная» и одну дополнительную ось: «прямая-непрямая». С.С. Гончарова выделяет адаптивные стратегии преодоления (поиск поддержки, повышение самооценки, анализ проблемы) и дезадаптивные стратегии (самообвинение, поиск виновных).

Также принято различать продуктивный и непродуктивный копинг. Продуктивный копинг обычно имеет позитивные последствия: разрешение проблемы, трудной ситуации, снижение уровня напряжения, дискомфорта, душевный подъем и радость преодоления. Непродуктивный копинг связан с преобладанием эмоциональных реакций на ситуацию, своеобразным «застреванием» на них и проявляется в виде погружения в переживания, в виде самообвинения, обвинения друг друга.

Проведенный нами анализ понимания сущности фрустрации, особенностей фрустраторов, поведенческих реакций, эмоциональных реакций и стратегий преодоления позволил разработать схему анализа поведения пожилого человека с психосоматикой (язвенной болезнью желудка) в ситуации фрустрации, которое, на наш взгляд, может быть *конструктивным и деструктивным*.

Согласно представленной схеме, конструктивное преодоление фрустрации характеризуется – положительными поведенческими реакциями на фрустратор (преодоление препятствия; обход

препятствия; компенсирующие действия; отказ, в случае обоснованной необходимости, от намеченной цели); – здоровыми негативными эмоциями (озабоченность, грусть, сожаление, огорчение, раздражение), энергетически обеспечивающими преодолевающее поведение; – адаптивными (поиск поддержки, повышение самооценки, анализ проблемы), активными (ассертивные действия), просоциальными (вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки), непрямыми (манипулятивные действия) стратегиями преодоления.

Соответственно, деструктивное преодоление фрустрации характеризуется – отрицательными агрессивными реакциями на фрустратор (экстрапунитивной или интрапунитивной) или отрицательными неагрессивными реакциями (бегство, фиксация, регресс, подавление); – нездоровыми негативными эмоциями (тревога, депрессия, вина, стыд/смущение, гнев); – дезадаптивными (самообвинение, поиск виновных), пассивными (осторожные действия, избегание), асоциальными (асоциальные действия, агрессивные действия) стратегиями преодоления (табл. 1).

Таблица 1.

Схема анализа фрустрационного поведения личности

Компоненты анализа	Проявления	Содержание
Фрустратор (препятствие)	Внешний	Физическое препятствие, действия других людей и др.
	Внутренний	Страх, лень, стресс и др.
Поведенческая реакция	Положительная реакция	Преодоление препятствия; обход препятствия; компенсирующие действия; отказ от намеченной цели
	Отрицательная агрессивная реакция	Экстрапунитивная, интрапунитивная
	Отрицательная неагрессивная реакция	Бегство, фиксация, регресс, подавление
Эмоциональная реакция (А. Эллис)	Здоровые негативные эмоции	Озабоченность, грусть, сожаление, огорчение, раздражение
	Нездоровые негативные эмоции	Тревога, депрессия, вина, стыд/смущение, гнев
Стратегии преодоления (С.С. Гончарова)	Адаптивные стратегии	Поиск поддержки, повышение самооценки, анализ проблемы
	Дезадаптивные стратегии	Самообвинение, поиск виновных

Стратегии преодоления (С. Хобфолл)	Активная	Ассертивные действия
	Просоциальная	Вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки
	Непрямая	Манипулятивные действия
	Прямая	Импульсивные действия
	Пассивная	Осторожные действия, избегание
	Асоциальная	Асоциальные действия, агрессивные действия

Эта схема может быть использована для обеспечения рефлексии собственного поведения пожилыми лицами с психосоматикой в ситуации фрустрации, а также для анализа поведения других людей в ходе оказания психологической помощи. По результатам анализа можно установить, нуждается ли человек в психоразвивающей и коррекционной работе.

ТРЕВОГА В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ГАСТРОДУОДЕНИТОМ С ПОЗИЦИИ СИСТЕМНОГО СЕМЕЙНОГО ПОДХОДА

Билецкая М.П., Купреничева Т.В.

Факультет клинической психологии, кафедра психосоматики и психотерапии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздрава России

Семья – это единый биологический и психологический механизм, открытая система, элементы которой взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами. Стрессогенный фактор, затрагивающий семейную систему, отражается как на семье в целом, так и на каждом из ее членов. Любое неблагополучие в первую очередь проявляется в тревоге, которая несет дезорганизующую функцию и нарушает нормальное функционирование семьи [1, 4].

С целью исследования тревоги в семьях детей с гастродуоденитом было исследовано 300 семей. 150 семей детей 8-11 лет с гастродуоденитом и 150 семей детей 8-11 лет со здоровым желудочно-кишечным трактом (ЖКТ).

Для реализации поставленной цели были использованы следующие **методы исследования**: I. Клинико-биографический (беседа, наблюдение).

II. Психодиагностический: опросник «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.); шкала тревожности Спилбергера Ч.Д., Ханина Ю.Л.; шкала явной тревожности CMAS (A. Castaneda, B.R. McCandless, D.S. Palermo, адаптирована А.М. Прихожан); опросник копинг-стратегий школьного возраста (N.M. Ryan-Wenger, адаптирован Н.А. Сиротой и В.М. Ялтонским).

III. Статистический метод (непараметрический критерий U-Манна-Уитни, корреляционный анализ).

Клинико-биографический метод позволил выявить особенности коммуникаций, характеризующие семейную дисфункцию в семьях детей с гастродуоденитом. Отношения в данных семьях носят конфликтный или конфликтно-симбиотический характер. Между матерью и больным ребенком была выявлена симбиотическая связь. Мать следит за состоянием здоровья ребенка, соблюдением им диеты и выполняет рекомендации специалистов, которые необходимы больному. Отцы, наоборот, устраняются из сферы воспитания, используя при этом рационализацию («занят на работе», «поздно возвращаюсь», «воспитанием занимается мать, а я зарабатываю деньги»). На основании анамнестических данных выявлено, что первое обращение к врачу, связанное с жалобами на боли в животе, приходится на 4-5 лет. Следующий пик обращений в медицинское учреждение отмечается в 7-8 лет, что, скорее всего, связано с тем, что ребенок поступает в школу и попадает в новую для него ситуацию, которая предъявляет ему различные требования. Это для ребенка является стрессогенным событием, что может служить причиной возникновения психосоматических расстройств, в частности, гастродуоденита. Также на основании данных анамнеза выявлено, что обострение хронического гастродуоденита провоцируют различные неблагоприятные жизненные факторы, среди которых главная роль отводится конфликтам в семье, неблагоприятной эмоционально-психологической атмосфере. Блокирование отрицательных эмоций в семье создает ситуацию перенапряжения, вследствие чего у ребенка формируется симптом семейной системы (боль в животе), выполняющий морфостатическую функцию: обострение заболевания является сигналом обратить внимание на ребенка, прекратить ссоры и выступает дисфункциональным стабилизатором семейных отношений. Таким образом, ребенок в семье выполняет роль «идентифицированного пациента» [2, 4].

Результаты исследования тревожности показали, что для детей с гастродуоденитом характерен повышенный уровень тревожности (стены 7–10 по CMAS): в основной группе он составил $3,94 \pm 0,11$; у детей со здоровым ЖКТ - $2,35 \pm 0,12$ ($p < 0,001$). Также выявлены высокие показатели ситуативной тревожности родителей детей с гастродуоденитом ($41,5 \pm 0,22$; в контрольной группе - $31,3 \pm 0,11$; $p < 0,01$). Такие данные, по-видимому, обусловлены ситуацией обострения заболевания ребенка, а личностная тревожность выше среднего уровня ($43,8 \pm 0,18$; в контрольной группе - $36,5 \pm 0,14$; $p < 0,01$) усугубляет психоэмоциональное состояние больного ребенка и способствует возникновению общей семейной тревоги ($14,08 \pm 0,75$; $10,01 \pm 0,9$; $p < 0,001$). Уровень общей семейной тревоги в семьях детей со здоровым ЖКТ не превышает нормативных показателей.

Семейная тревога - состояние тревоги у членов семьи, нередко плохо осознаваемое и трудно локализуемое. Характерным признаком семейной тревоги является наличие сомнений, страхов, опасений за членов семьи: их здоровье, безопасность, конфликтность. В дисфункциональных семьях за счет невысказанных отрицательных эмоций, блокирования потребностей членов семьи нарастают семейная тревожность, вина и напряжение, которые вместе составляют высокий уровень общей семейной тревоги [1]. Таким образом, тревога несет дезорганизующую функцию и не позволяет больному ребенку справиться с психотравмирующей ситуацией, так как дети, страдающие гастродуоденитом при совладании со стрессовой ситуацией используют малоэффективные, неадаптивные копинг-стратегии: единичные копинг-стратегии («обнимаю, прижимаю, глажу...») ($p < 0,001$), «ем или пью» ($p < 0,001$) и диады неадаптивных копинг-стратегий («остаюсь сам по себе, один» ($p < 0,001$), «плачу, грущу» ($p < 0,001$); «кусаю ногти или ломаю суставы пальцев» ($p < 0,001$), «схожу с ума» ($p < 0,01$)). Наиболее эффективными, которые помогают им справиться с напряжением и беспокойством, считают те стратегии, с помощью которых можно отреагировать напряжение через прямой телесный контакт («обнимаю, прижимаю, глажу...») ($p < 0,001$), а также с помощью расслабления, отвлечения от неприятной ситуации («стараюсь расслабиться, оставаться спокойным») ($p < 0,001$) [3].

Таким образом, выявленные нарушения могут служить основой для разработки мишеней психокоррекции [1].

Выводы: Семьи детей с гастродуоденитом характеризуются наличием тревоги, выраженной как на индивидуально-личностном уровне, у каждого члена семьи, так и на уровне всей семьи, как системы в целом. Больные дети используют неадаптивные, малоэффективные способы совладания со стрессовой ситуацией, что сохраняет напряжение и высокий уровень тревоги. Системный семейный подход к изучению тревоги в данных семьях подтверждает необходимость проведения семейной психотерапии (психокоррекции) в комплексном лечении гастродуоденита у детей.

Литература.

1. Билецкая М.П. Краткосрочная «ромбовидная» векторная семейная психотерапия (при психосоматических заболеваниях ЖКТ у детей). Учебно-методическое пособие к курсу «Психология семьи и семейная психотерапия». – СПб.: СПбГПМА, 2006 – 40с.
2. Билецкая М.П. Семейная психотерапия детей с психосоматическими расстройствами (ЖКТ). – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
3. Билецкая М.П., Веселова Т.В. Семейная дисфункция и совладающее поведение детей с гастродуоденитом. Психология совладающего поведения : материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23-25 сент. 2010 г. В 2 т. Т.1 – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. – с.246-247.
4. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ И СПОСОБОВ СОВЛАДАНИЯ С ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Билецкая М.П., Сидорова Ю.И.

*ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская медицинская
педиатрическая академия*

В настоящее время заболеваемость гипертонической болезнью (ГБ) среди взрослого населения составляет 25 - 30 % [5]. На сегодняшний день нередки случаи, когда данное заболевание разви-

вается у людей с 30-летнего возраста, что увеличивает риск развития серьезных осложнений, таких как, сердечная недостаточность и мозговой инсульт [1]. Преморбидные личностные особенности, длительное воздействие стресса, нарушение возможностей психологической защиты, появление социальной дезадаптации способствуют возникновению и рецидивирующему течению заболевания [7]. Негативные формы социальной регламентации поведения, выраженная зависимость индивида от оценок других приводят к увеличению степени отклонения вегетативной активности [4]. Следует также отметить, что с возникновением клинических проявлений психосоматического заболевания действие психосоматических факторов, вызывающих заболевание, не прекращается, а, напротив, создаются новые условия для взаимосвязи между сомой и психикой [6].

Цель исследования: изучить межличностные отношения и способы совладания с трудной жизненной ситуацией у пациентов с ГБ.

Материалы и методы исследования. Всего исследовано 90 человек. Основную группу составили 45 человек (23 женщины и 22 мужчин) 30-40 лет с ГБ II стадии. Контрольную группу составили 45 человек (23 женщины и 22 мужчин) 30-40 лет без хронических соматических заболеваний.

Методы исследования. Психодиагностический: Гиссенский личностный опросник (ГЛТ), адаптированный Е.А. Голынкиной, Г.Л. Исуриной, Е.В. Кайдановской; Опросник межличностных отношений (ОМО) В. Рукавишниковой; Тест коммуникативной толерантности В.В. Бойко; Опросник «Психологическая диагностика индекса жизненного стиля» (ИЖС) R. Plutchik и Н. Kellerman (1979), апробированный в НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., Клубова Е.Б. и др., 1999); Опросник «Способы совладающего поведения» R. Lazarus, адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой; Статистический метод: сравнительный анализ, корреляционный анализ.

Результаты. Больным ГБ в большей степени по сравнению со здоровыми людьми свойственны депрессивные переживания, о чем свидетельствуют данные шкалы «Настроение» (ГЛТ) (29,3±2,03; 26,8±1,41; p<0,001). Больные ГБ характеризуются как властолюбивые, нетерпеливые, упрямые и любящие настоять на своем люди (22,6±2,27; 25,3±1,24; p<0,001). Больные ГБ в социальных

контактах проявляют высокую степень недоверчивости и закрытости ($24,2 \pm 3,97$; $19,8 \pm 1,66$; $p < 0,001$). Так же у больных ГБ больше по сравнению со здоровыми лицами выражена потребность в контроле над собой ($28,1 \pm 2,66$; $23,5 \pm 1,5$; $p < 0,001$), который значительно выше у мужчин с ГБ ($26,73 \pm 1,41$; $28 \pm 1,52$; $p \leq 0,05$) [3].

У женщин с ГБ выражена сильная потребность в установлении близких отношений ($3,02 \pm 1,25$; $2,49 \pm 1,18$; $p \leq 0,05$). Наряду с этим существует повышенное ожидание активности в установлении контактов от окружающих ($6,1 \pm 1,73$; $5,5 \pm 1,84$; $p \leq 0,05$). Мужчины с ГБ в большей степени позволяют контролировать свое поведение окружающим ($2,5 \pm 1,43$; $1,8 \pm 1,52$; $p \leq 0,05$) [3]. Кроме того, у мужчин выше степень коммуникативной толерантности ($47,6 \pm 2,41$; $45,2 \pm 3,1$; $p \leq 0,05$) [2].

Наиболее часто применяемым механизмами психологической защиты у больных ГБ, по сравнению со здоровыми людьми, являются: «Регрессия» ($85,4 \pm 25,2$; $43,4 \pm 18,9$; $p < 0,001$), «Реактивные образования» ($26,2 \pm 16,7$; $46,7 \pm 26$; $p < 0,001$) и «Отрицание» ($60,6 \pm 26$; $43,6 \pm 23,8$; $p < 0,01$).

Оказавшись в трудной жизненной ситуации, мужчины с ГБ отдают предпочтение использованию таким способам совладания со стрессом, как «Самоконтроль» ($14 \pm 2,42$; $11 \pm 2,12$; $p \leq 0,05$), «Планирование решения проблемы» ($10,2 \pm 2,08$; $8,80 \pm 1,98$; $p \leq 0,05$) и «Принятие ответственности» ($3,4 \pm 0,98$; $2,4 \pm 0,76$; $p \leq 0,05$). Женщины с ГБ чаще прибегают к такому неадаптивному копингу как «Бегство-Избегание» ($16,5 \pm 1,79$; $14,3 \pm 1,53$; $p \leq 0,05$). У женщин с ГБ значимо выше показатель копинга «Поиск социальной поддержки» ($9,8 \pm 1,28$; $7,05 \pm 1,76$; $p \leq 0,05$).

В результате корреляционного анализа группы больных ГБ было выявлено, что одним из наиболее значимых корреляционных ядер является показатель «Социальнооценочный страх», связанный сильной отрицательной связью с показателем «Вытеснение» ($r = -0,352$; $p < 0,01$), а так же отрицательными связями с показателями «Реактивное образование» ($r = 0,326$; $p < 0,05$), «Дистанцирование» ($r = -0,336$; $p < 0,05$), и «Коммуникативная толерантность» ($r = -0,317$; $p < 0,05$). Таким образом, при наличии сильного страха нелицеприятно выглядеть в глазах других людей у пациентов затрудняется «забывание» негативных переживаний, затрудняется абстрагирование от проблемы, происходит трансформация негативных переживаний

на противоположные. Кроме того, выраженный страх как физической, так и вербальной агрессии уменьшает степень терпимости по отношению к окружающим [3].

Выводы.

1. Для больных ГБ свойственны такие личностные качества как: склонность к депрессивным переживаниям, доминантность, нетерпеливость, перфекционизм, самокритичность, недоверчивость, которые могут затруднять взаимодействие с окружающими.

2. Женщины с ГБ в большей степени стремятся к общению, но проявляют социальную «пассивность» в установлении контактов с окружающими, что обуславливает внутреннюю конфликтность и создает предпосылки для частых рецидивов заболевания.

3. Пациенты с ГБ используют незрелые механизмы психологической защиты. Для женщин с ГБ в меньшей мере свойственно использование адаптивных способов совладания со стрессом.

4. Страх нелицеприятно выглядеть в глазах окружающих взаимосвязан с незрелыми механизмами психологической защиты и неадаптивными копингами, увеличивает вероятность деструктивного общения.

Литература.

1. Арабидзе Г.Г. Диагностика артериальных гипертоний // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1999. – №3. – С. 116-118.
2. 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.
3. Билецкая М.П., Сидорова Ю.И. Психологические особенности больных гипертонической болезнью в связи с задачами психологической коррекции // Международная научно-практическая конференция по медицине и психологии, 11-я: Материалы. — Рязань, 2011. — С 76-85.
4. Волков В.С., Виноградов В.Ф. Особенности соц. статуса больных ИБС // Кардиология- 1993-т 33, №3.
5. Дроздецкий С.И. Классификация, принципы лечения и профилактики артериальной гипертензии / под ред. проф., д.м.н. А.Н. Бритова

– Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2002. – 135 с.

6. Сарвир И.Н. Сравнительные данные экспериментально-психологического исследования личности больных с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с тревожным состоянием // Журнал «Медицинские исследования». – 2001. том 1 вып. 1. – С. 41-43.

7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. –784 с.

ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПОЗИЦИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ

Блох М.Е.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии
им. Д.О. Отта» Северо-Западного отделения
Российской академии медицинских наук*

Введение. Важнейшей и актуальной проблемой нарушения репродуктивного здоровья является такое состояние как привычное невынашивание плода. Эта проблема стоит очень остро в современной медицине, по данным статистики, 15–25% беременностей завершаются самопроизвольным абортom, диагноз «угроза прерывания беременности» ставится практически каждой второй беременной женщине. Поиски решения этой важной для общества проблемы актуализируют исследовательские задачи, связанные с ранним выявлением симптомокомплексов, свидетельствующих о нарушениях естественного (физиологического) процесса беременности и обуславливающих их факторов. Среди таких факторов: имеющиеся проблемы со здоровьем женщины, возраст, желанность беременности, эмоциональное состояние женщины (депрессивные состояния, высокий уровень тревожности, наличие страхов), семейные дисгармонии, острый и хронический стресс. В психологии ситуацию беременности и материнства рассматривают как кризисную, требующую адаптации к беременности как физиологическому

и психосоматическому состоянию и адаптации к материнству как принятию роли матери и материнской позиции. Задействуются все системы физиологической и психологической адаптации, причем, эта ситуация адаптации (как необходимость приспособления к изменяющимся условиям существования) может осложняться стрессовыми факторами (возникающие осложнения в течение беременности, отношений с близкими и т.п.) и фрустрирующими факторами (не оправданы ожидания, всегда связанные с появлением ребенка, необходимость отказа от значимых целей, ущемление потребностей и т.п.). Динамика психического здоровья женщины в период беременности отражает функционирование системы взаимодействия матери и ребенка и опосредована способностью женщины к пересмотру и изменению своих жизненных целей в соответствии с целями будущего ребенка. Каждый раз способ переживания стрессовой ситуации и стратегия адаптации к ней будет зависеть от личностных особенностей женщины и от того, насколько фрустрирующими для нее окажутся все составляющие ситуации беременности и материнства.

По данным литературы беременные женщины с медицинским диагнозом «невынашивание беременности» отличаются эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, высоким уровнем личностной тревожности, сензитивностью, мнительностью, астеничностью, неадекватной самооценкой. Такие свойства личности определяют неадекватные механизмы преодоления стрессовых (и вообще кризисных) ситуаций. Несформированность адаптационных механизмов ведет к невротическим или психосоматическим формам реагирования, что может проявиться в нарушении репродуктивной функции. Повышенная тревожность, психическая истощенность, утомляемость и эмоциональный стресс у беременных с угрозой прерывания беременности способствуют формированию недостаточного характера вегетативного обеспечения, в стрессовых переживаниях они склонны к чрезмерным страстям и порывам, к неадекватным реакциям на действительность, что способствует неуверенности в себе, низкой самооценке. Они в меньшей степени способны вести активный поиск нового опыта, в меньшей степени терпимы к неконтролируемому и непривычному опыту. Беременность для женщин с диагнозом привычное невынашивание беременности включается в круг ситуаций, вызывающих сильное беспокойство, стресс; они ориентированы скорее на состояние

неудачи, что подразумевает большее эмоциональное беспокойство при часто возникающих «помехах» во время вынашивания ребенка; состояние же уверенности в себе они считают достижимым только после рождения ребенка, в отличие от здоровых беременных. В случае переживания хронических стрессов (психотравмирующих ситуаций) у этих женщин формируются различные невротические расстройства, выраженная астенизация организма, реакция «ухода», отрицание проблем, соматизация.

В связи с актуальностью проблемы было проведено изучение психологических характеристик женщин с привычным невынашиванием беременности с целью оптимизации их лечения в структуре комплексного медико-психологического подхода.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 50 беременных женщин, на первом триместре беременности, из них. Экспериментальная группа: 25 беременных женщин с привычным невынашиванием беременности (ПНБ), находящиеся на стационарном лечении в отделении эндокринной патологии НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта. Контрольная группа: 25 беременных женщин с нормальным протеканием беременности, находящиеся на диспансерном наблюдении по беременности.

Методики исследования: методика исследования ситуативной тревоги и личностной тревожности Спилбергера Ханина (Вассерман Л.И., Щеглова О.Ю., 2003); тест диччеренцированной самооценки функционального состояния САН (Доскин, 1973); госпитальная шкала HUDS тревоги и депрессии; опросник для определения особенностей интерперсональных отношений Лири (Червинская К.Р., 2003); опросник изучения специфики онтогенеза материнства (Филиппова Г.Г., 2000); методика определения психологического типа гестационной доминанты (Добряков И.В., 2010). Математико-статистический метод (метод статистического сравнения показателей с применением U-критерия Манна-Уитни для выявления достоверных различий, частотный анализ, с применением критерия Фишера, корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между показателями).

Результаты исследования. Выявлены достоверные различия по показателям личностной тревожности: у женщин с привычным невынашиванием беременности она значимо выше ($46,8 \pm 6,0$), чем в контрольной группе здоровых беременных ($38,7 \pm 4,2$). Показатели

реактивной тревоги ($39,0 \pm 5,3$) достоверно не отличаются от контрольной группы и только у 20% высокие. Признаками субклинической тревожности среди женщин с привычным невынашиванием беременности обладают 52% пациенток, 28% имеют клинические признаки тревоги ($8 \pm 3,5$). Показатели депрессии укладываются в среднестатистическую норму, хотя и являются достоверно более высокими ($5,7 \pm 3,0$), чем в группе здоровых женщин ($4,0 \pm 1,6$), что можно оценить как склонность к депрессивным реакциям.

Анализируя данные результаты, можно сделать вывод о том, что высокая тревожность у беременных женщин с привычным невынашиванием связана скорее с их личностными устойчивыми характеристиками, нежели с самой ситуацией угрозы прерывания. Эти женщины имеют изначальную предрасположенность воспринимать большой спектр ситуаций как угрожающие. Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными срывами и с психосоматическими заболеваниями, что возможно играет свою этиопатогенетическую роль в возникновении привычного невынашивания беременности и соответственно требует психологической коррекции.

Исследование особенностей гестационной доминанты выявило: в контрольной группе женщины достоверно чаще демонстрируют оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты (в 76% против 40% в экспериментальной группе), среди женщин с привычным невынашиванием беременности достоверно чаще встречаются неадекватные типы отношения к беременности (тревожный, депрессивный, эйфорический). Большая выраженность неадекватных типов психологического компонента гестационной доминанты среди женщин с привычным невынашиванием позволяет охарактеризовать их как обладающих неразвитостью родительских чувств, не готовых к реальным трудностям. Тревожное отношение они демонстрируют по отношению к беременности (и это вполне оправдано, так как у них есть явные подтверждения угрозы прерывания беременности по медицинским показателям и отрицательный опыт прошлого) и себе как матери (женщины сомневаются, что справятся с ролью матери, они не уверены в своей материнской компетентности). Тенденция к эйфории направлена на аспекты будущего и возможно носит защитный характер от высокого уровня тревоги в настоящем.

Исследование особенностей представлений о себе в межличностных отношениях проводилось с помощью методики Лири. Достоверные отличия в исследуемых группах выявлены по следующим позициям: в экспериментальной группе достоверно выше показатели авторитарности ($9,0 \pm 3,8$ против $4,8 \pm 1,7$ у здоровых беременных), доминирования ($4,5 \pm 5,9$ против $1,7 \pm 4,8$) и эгоистичности ($6,2 \pm 2,9$ против $4,6 \pm 1,2$), достоверно ниже показатели зависимости ($5,2 \pm 2,5$ против $6,3 \pm 1,9$). Таким образом, женщины с привычным невынашиванием беременности представляют себя как энергичную, властную, доминирующую, авторитарную, независимую, стремящуюся контролировать себя и других, ориентирующуюся преимущественно на свои установки и мнения, менее дружелюбную по сравнению со здоровыми беременными. Невозможность контролировать такое физиологическое состояние как беременность может провоцировать у таких гиперконтролирующих женщин внутреннее напряжение и повышать тревогу, изменяя психофизиологическое состояние.

При оценке собственного самочувствия, активности, настроения (методика САН) женщины с привычным невынашиванием беременности достоверно чаще описывают себя как малоактивных ($4,6 \pm 0,9$), по сравнению со здоровыми беременными ($5,2 \pm 0,4$), со сниженным самочувствием, что возможно связано с их нахождением в стационарных условиях, вынужденным ограничением. Однако, настроение у них выше, чем у женщин контрольной группы, несмотря на угрозу беременности, что возможно связано с тенденцией к эйфорическому типу психологического компонента гестационной доминанты и защитной реакций от тревожных переживаний.

Исследование количественных и качественных характеристик стадий онтогенеза материнства выявил следующие достоверные различия: в группе риска значительно реже (у 28%) встречаются теплые отношения с матерью, чем среди здоровых женщин (68%), женщины отмечают конфликтные (у 32%) и отстраненные (26%) отношения. Рассматривая стиль эмоционального сопровождения матери, по результатам исследования видно, что у женщин с ПНБ преобладает игнорирующий (44%) и осуждающий (20%) стили эмоционального сопровождения матери. Игнорирование эмоций ребенка выражается в поведении по типу

«формального общения» с ребенком как с объектом ухода, а не как с субъектом переживаний. Осуждение эмоций ребенка выражается в соответствующих эмоциях матери от осуждения до агрессии, может сопровождать как отрицательные, так и положительные эмоции ребенка. При этом в контрольной группе игнорирование и осуждение со стороны материнского сопровождения не выявлены, преобладают адекватный стиль компенсации (60%) и усиливающий (40%). Формирование качества привязанности происходит в раннем детском возрасте во взаимодействии с матерью, и реализуется в отношении со всеми значимыми людьми в течении всей жизни, в том числе с собственным ребенком. Несмотря на отсутствие тестов на определение привязанности у взрослых, по анамнестическим данным и особенностям межличностных отношений во взрослом возрасте косвенно можно судить об особенностях сформированной привязанности. В контрольной группе прочная привязанность выявлена в 76%, а в экспериментальной всего в 28%; избегающая привязанность в контрольной группе выявлена в 4%, а в экспериментальной в 32%. Таким образом, женщины с ПНБ обладают признаками непрочной избегающей привязанности, что приводит к трудностям в выстраивании стабильных эмоциональных отношений с близкими людьми.

Существует прямая связь между успешной адаптацией к материнской роли и ценностью ребенка и материнства, которые формируются при прохождении всех этапов онтогенеза материнства на основе культурной, семейной и материнской моделей. В контрольной группе адекватная ценность ребенка выявлена в 80%, адекватная ценность материнства в 71%. В экспериментальной же группе у 60% женщин пониженная ценность ребенка и у 64% пониженная ценность материнства, несмотря на сознательное декларирование желанности беременности и материнства.

Выводы.

1) Женщины с привычным невынашиванием беременности обладают следующими психологическими характеристиками, участвующими в формировании дезадаптивных способов реагирования: высокая личностная тревожность, наличие депрессивных реакций, сниженное самочувствие и активность.

2) В сфере межличностных отношений женщины с привычным невынашиванием беременности демонстрируют авто-

ритарность, агрессивность и подозрительность по отношению к окружающим, стремление контролировать себя, свое состояние и окружающие события. Невозможность контроля ситуации беременности провоцирует у таких гиперконтролирующих женщин внутреннее напряжение и повышает тревогу, изменяя психофизиологическое состояние.

3) Тип психологического компонента гестационной доминанты у женщин с привычным невынашиванием беременности имеет тенденцию к эйфории, направленную на представление о будущем. Также выявлены признаки тревожного и депрессивного типа ПКГД.

4) Онтогенез материнства у женщин с привычным невынашиванием беременности качественно отличается от онтогенеза материнства здоровых беременных по следующим категориям: отстраненно-конфликтные отношения с матерью; регулирующие-тревожное отношение матери; игнорирующе-осуждающее эмоциональное сопровождение матери; непрочная избегающая привязанность; незавершенная сепарация с сопротивлением зависимости; пониженная ценность ребенка и материнства.

На основании анализа результатов исследования, можно выделить мишени психологической коррекции для оптимизации состояния женщины с привычным невынашиванием беременности:

1) Оптимизация эмоциональных состояний женщины (коррекция тревожных и депрессивных состояний).

2) Формирование оптимального психологического компонента гестационной доминанты.

3) Коррекция представлений о себе в межличностных отношениях с целью принятия своего нового, зависимого от ребенка состояния беременности. Снижение сверхконтроля, повышение доверия к себе и окружающим.

4) Формирование адекватной ценности ребенка и материнства.

5) Развитие психологической готовности к материнству, включающей личностную зрелость, материнскую компетентность, адекватный образ родительства, адекватную мотивацию.

РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ В РАЗВИТИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бобкова Е.Н., Ивашиненко Д.М.

*Кафедра Психиатрии и наркологии, Лечебный факультет,
Медицинский институт, Тульский государственный университет*

Термин «алекситимия» (а - отсутствие; lexis - слово; thymos - эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний - ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. По его описанию для страдающих алекситимией характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д.

Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций. Люди, страдающие алекситимией, не способны понять и разобраться в собственных чувствах и переживаниях, и поэтому, как следствие, им чужды эмоции других людей. Им чуждо сострадание, чуждо сопереживание и чужда жалость. Им не хватает интуиции и воображения. Личность таких людей характеризуется примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии. Вместе с тем игнорирование эмоциональной стороны жизни может привести к затруднению в осознании собственных чувств, последующем их выражении, снижению эмоциональных контактов и, как следствие, к различным психосоматическим заболеваниям и снижению качества профессиональной деятельности и удовлетворенности жизнью в целом.

Изучение феномена алекситимии позволяет увидеть связь между их проблемами в эмоциональной сфере, в области эмоциональной рефлексии и психического здоровья в целом. Несмотря на

то, что алекситимию находят у многих психосоматических больных, ее обнаруживают и у больных неврозами, и у здоровых людей. Можно говорить о том, что алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска, который может быть в определенной мере связан с другими личностными характеристиками. Н.А. Русина справедливо отмечает, что медицина XXI в. – это психосоматическая медицина, медицина болезней «образа жизни», к которым относят до 60–80 % заболеваний. К сожалению, в научных исследованиях пока не так много внимания уделяется изучению эмоциональных ресурсов человека, в том числе и алекситимии, ввиду сложности данного явления. Подобные исследования возможны только при совместном научном творчестве медиков, психологов и физиологов.

Цель исследования. Доказать, что алекситимия является неспецифическим фактором риска развития психосоматических заболеваний.

Методика исследования. Временные рамки охватывают второй квартал 2012 года. Исследование проходило на базе многопрофильного медицинского центра «Консультант», где проводился медицинский осмотр врачами-психиатрами. Объектом исследования стали сотрудники средних общеобразовательных школ города Тулы. Выборочная совокупность составила 564 человека.

Для исследования выраженности алекситимии использовалась Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale – TAS), которая заполнялась респондентами во время прохождения медицинского осмотра. Затем выводился общий балл по каждому тесту и выставлялся тип личности: от 0 до 61 – неалекситимичный, 62-73 – переходный, 74-100 – алекситимичный. Кроме того, дополнительно была использована шкала Зунга для самооценки депрессии (Zung Self-Rating Depression Scale). Возрастные и половые критерии совокупности были собраны из стандартных учетных карточек. Данные были сгруппированы и проанализированы с помощью статистической программы SPSS Statistics 17.0.

Разработка данных. Для наглядности (вычисления распределения переменной) применим описательные статистики для каждого критерия выборочной совокупности. «Пол респондента»

по частоте распределился на 491 женский и 73 мужской; по процентному соотношению – 87,1% и 12,9% соответственно. Среднее значение возраст респондента – 50,76. Наиболее часто встречающийся возраст – 42 года. Самому молодому респонденту 20, самому пожилому 85 лет.

Для удобства обработки и наглядности, критерий «возраст респондента» был сгруппирован: 20-39, 40-59, 60-74, 75-85 лет. По частоте показатель распределился на 108, 293, 150 и 13 человек, соответственно. Следовательно, большую часть выборки составили респонденты от 40 до 59 лет, далее по убыванию идут респонденты 60-74 года, самый низкий показатель у группы от 75-85 лет. Далее посмотрим как распределился критерий «показатель TAS». Минимальное значение теста-опросника составило – 29, максимальное – 95 баллов. Наиболее часто встречающийся результат – 56 балла. Как говорилось раньше, определенные значения теста указывают на тип личности исследуемого. Наиболее встречающийся тип – неалекситимичный (352 человека), затем переходный (162), и наконец, алекситимичный (50 человек).

Далее вычислим, есть ли зависимость между исследуемыми статистическими критериями, с помощью корреляционного анализа. Коэффициент Пирсона составил 0,287 с p – уровнем менее 0,001, что означает, между переменными «возраст респондента» и «показатель TAS», имеется линейная положительная функциональная связь, выявлена статистическая достоверность корреляции. Делаем вывод, что при увеличении возраста респондентов, значение теста TAS (тип алекситимии) имеет тенденции к возрастанию. Коэффициенты корреляции Кендала и Спирмана, которые составили 0,197 и 0,288, соответственно, подтвердили данный вывод. Корреляция статистически достоверна, значимость составила менее 0,001. Затем выявим зависимость между количественной переменной «показатель TAS числовой» и номинальной переменной «пол». Из результатов следует, что выборка из 491 женщин имеет средний показатель по тесту TAS – 58,13, а выборка из 73 мужчин – 61,73. Различия статистически достоверны на высоком уровне значимости (p – 0,007 и p – 0,006). Критерий равенства Левина указывает на то, что дисперсии двух распределений статистически значимо не различаются (p – 0,935). Это значит, что пол не влияет на распределение выборки по типу личности.

Далее попробуем доказать, что алекситимия является неспецифическим фактором риска развития психосоматических заболеваний. Для этого вычислим, есть ли зависимость между исследуемыми статистическими критериями: «показатель по Зунгу» и «показатель по TAS», с помощью парного корреляционного анализа. Коэффициент Пирсона составил 0,374 с p – уровнем менее 0,001, что означает, между исследуемыми переменными имеется линейная положительная функциональная связь, выявлена статистическая достоверность корреляции. Делаем вывод, что при возрастании значения теста TAS (тип алекситимии), значение по тесту Зунга имеет тенденции к увеличению. Коэффициенты корреляции Кендала и Спирмана, которые составили 0,236 и 0,333, соответственно, подтвердили данный вывод. Корреляция статистически достоверна, значимость составила менее 0,001.

Далее из теста-опросника Зунга выберем наиболее подходящие вопросы: №3 (у меня бывают периоды плача или близости к слезам), №5 (аппетит у меня не хуже обычного), №8 (меня беспокоят запоры), №9 (сердце бьется быстрее, чем обычно), №13 (Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте). Как известно при ответе на эти вопросы, исследуемые отвечали по 4х бальной шкале. Сравним распределение показателя теста у респондентов с алекситимичным типом личности (как говорилось ранее эта группа составила 50 человек). Из результатов видно, что на вопрос №3, 26 человек отрицают периоды плача/близости к слезам. А так как в определении алекситимии входит затруднение в определении и вербализации собственных эмоций и эмоций других людей; затруднение в различении эмоций; фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям и т.д. Это первый шаг к доказательству, что алекситимия является фактором риска развития психосоматических заболеваний. На вопрос №5 (аппетит у меня не хуже обычного) половина респондентов отрицает присутствие обычного аппетита, следовательно, он имеет тенденции к ухудшению. На вопрос №8 (меня беспокоят запоры), большая часть (35 человек) ответили постоянно, 12 - часто. На вопрос №9 (сердце бьется быстрее, чем обычно) 23 человека ответили иногда, а 9 - часто. На вопрос №13 (чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте) никто из респондентов не ответил «никогда», следовательно, у всех 50

человек в разной степени (постоянно-14, часто-31, иногда-5) бывает чувство беспокойства.

Общие выводы:

1. При увеличении возраста респондентов, значение теста TAS (тип алекситимии) имеет тенденции к возрастанию.
2. Критерий «пол» не влияет на распределение выборки по типу личности.
3. При возрастании значения теста TAS (тип алекситимии), значение по тесту Зунга имеет тенденции к увеличению.
4. Алекситимия является неспецифическим фактором риска развития психосоматических заболеваний (доказательства в тексте).

Значимость. Хотя «алекситимия» как проявление человеческого образа действий - явление бесспорное и наблюдается постоянно у многих пациентов, гипотеза о том, что это типичная психосоматическая структура, наталкивается на контраргументы и до сих пор вызывает дебаты. Самое важное возражение вызывает её неспецифичность: несмотря на то, что алекситимию находят у многих (хотя и не у всех) психосоматически больных, она обнаруживается у не меньшего числа больных с неврозами и здоровых людей. Поэтому сегодня лучше говорить о том, что алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска, который может быть связан с другими (специфическими и неспецифическими) факторами. Вероятно, следует критически оценить концепцию алекситимии, ибо простое навешивание ярлыка и характеристика человека как «алексимики» не охватывают всего комплекса его личности и не исчерпывают её оценку. На зависимость алекситимии от ситуации указывает тот факт, что алекситимическое поведение у определённых психосоматически больных явственнее обнаруживается в ситуации интервью, когда беседуют двое. В эмпирических наблюдениях с анализом речи, при котором оценивают высказывания невротиков и психосоматически больных в ситуации интервью и сравнивают их, обнаруживаются заметные и характерные различия. Речь психосоматически больного беднее по объёму и по содержанию и менее выразительна. При проективных тестовых исследованиях, например с помощью теста Роршаха, психосоматически больные по сравнению с невротиками обнаруживают «синдром

недостатка фантазии». Тот факт, что речь может идти о различиях в интеллектуальном уровне исследователя и пациента, создающих трудности в общении, сегодня уже не учитывается. В соответствии с этим возникает необходимость развить особую стратегию лечения психосоматически больных.

Литература.

1. Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление Текст. / В.А. Бодров. М. : ПЕР СЭ, 2006. - 528 с.
2. Вейн, А.М. Психосоматические отношения Текст. / А.М. Вейн // *Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика*; под ред. А.М. Вейна. М. : Медицинское информационное агентство, 2000. -С. 451^163.
3. Гаранян Н. Г. Концепция алекситимии / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова // *Журнал социальной и клинической психиатрии*. — 2003. — № 1. — С. 128—145.
4. Постылякова, Ю.В. Ресурсы совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности Текст. / Ю.В. Постылякова // *Психологический журнал*. 2005. — Том 26. - № 6. - С. 35-43.
5. Lolas, F. Communication of emotional meanings, alexithymia, and somatoform disorders: a proposal for a diagnostic axis / F. Lolas // *Psychother. Psychosom.* 1989.-Vol. 52.-№ 4. - P. 214-219.
6. Taylor, G.J. Emotional expressiveness and the psychosomatic process / G.J. Taylor // *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis* : monograph 3. New York : International Univ. Press, 1987. - P. 73-113.
7. Lumley M. A, Stettner L., Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 1996, v. 41(6), p. 505—518
8. Nemiah, J.C. Alexithymia: a view of the psychosomatic process / J.C. Nemiah, H. Freyberger, P.E. Sifneos // *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* / Ed. by Oscar W. Hill. London ; Boston : Butterworths, 1976. - Vol. 3. - P. 430-439.
9. Taylor G. J. Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 2000, v. 45(2) p. 134—142
10. Sifneos, P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients / P.E. Sifneos // *Psychother. Psychosom.* 1973. - Vol. 22. - № 2-6. -P. 255-263.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ

Бодагова Е.А., Говорин Н.В.

*ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия
Минздравсоцразвития России, г. Чита*

Целью настоящего исследования было выявление наличия и выраженности невротических расстройств и их взаимосвязи с хроническими соматическими заболеваниями среди врачей лечебных учреждений Забайкальского края.

Материалы и методы. Было обследовано 383 врача городских и краевых стационаров города Читы, среди них 65,8 % женщин (252) и 34,2 % мужчин (131) в возрасте от 23 до 70 лет. Распространенность невротических расстройств у врачей определяли с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (2005). Наличие сопутствующей хронической соматической патологии врачи указывали в специально разработанной индивидуальной карте. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определяли по t критерию Стьюдента, а также с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у врачей в зоне болезненных расстройств невротического уровня оказались показатели следующих шкал: изменения по шкале тревоги выявлены у 24,5 % (94) врачей; по шкале невротической депрессии – у 37,8 % (145); по шкале астении – у 23,5 % (90); по шкале истерического типа реагирования – у 20,8 % (80); по шкале обсессивно-фобических нарушений – 17,3 % (66); по шкале вегетативных нарушений – у 22,7 % (87) респондентов. Была установлена связь невротических расстройств с наличием различных хронических заболеваний у врачей. Так, у врачей с хроническими заболеваниями органов пищеварения, выделительной системы и костно-мышечной системы достоверно чаще встречались невротические расстройства: особенно депрессивные и вегетативные нарушения ($p < 0,01$; $p < 0,001$). Корреляционный анализ также показал, что у психиатров с увеличением частоты заболеваний органов кровообращения (ИБС, ГБ) растет тревога, депрессия, астенические и вегетативные нару-

шения; у терапевтов – тревога и истерические нарушения; у онкологов – вегетативные расстройства ($r = 0,3-0,4$; $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, выявленные невротические расстройства у врачей имеют взаимосвязь с сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями ЖКТ и нейровегетативными расстройствами, что может указывать на психогенный (психосоматический) генез последних.

СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, СОМЫ И ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Булгакова О.С., Баранцева В.И.

*Научно-практический центр «Психосоматическая нормализация»,
Городской клинический онкологический диспансер*

Современный социум формирует хроническое состояние стресса, при котором постоянная активность гормонов коры надпочечников угнетает активность клеток иммунной системы, тем самым, ослабляя устойчивость организма (Зимин, 1979; Чернышева, 1995).

Здесь особенно важным становится ранняя диагностика, так как из-за не проведенной во время коррекции или лечения могут возникнуть различного рода психогенные (только личностные), психосоматические (на уровне системы или органа) дисфункции, а в запущенных случаях соматические патологии (Булгакова, 2008, 2010).

В начале при визуальных методах исследования врачи диагностируют минимальные изменения, часто не объяснимые. Психологическая неустойчивость, неадекватность реагирования, а так же возникающие боли и дискомфорт, которые не укладываются в картину классических заболеваний. У пациентов может сохраняться относительная работоспособность, но поскольку такое состояние длительно – постепенно формируются депрессия, общая астенизация, психосоматические нарушения и соматические патологии.

Собственные клинические наблюдения показывают, что при длительном стрессе напряженность иммунной системы и активность естественных защитных сил организма снижается у людей, состояние которых характеризуется унынием, отчаянием, мрачными предчувствиями, страхом, беспокойством. И, наоборот, иммунная система более устойчива у людей, настроенных оптимистично. Это

отражает двойственность организации человека как биологической сущности с сильными личностными характеристиками.

Одной из причин и рабочих механизмов возникновения патологии при хроническом стрессе является уровень гормона кортизола. Его уровень в организме при остром стрессе повышается, помогая справиться с временной опасностью. Но хронический стресс приводит к продолжительному подъему уровня кортизола, что может истощать мышцы, ослаблять кости и выводить из строя иммунную систему. Повышенный уровень кортизола провоцирует личностные изменения (например, депрессии), гипертензию, инсульты, диабет, рак и другие болезни. Известно, что у пациента можно вызвать определенные заболевания, давая ему большие дозы кортизола. Диагностика состояния иммунитета базируется на определении титра антител. Нарушение выявляется в дисбалансе клеточного звена иммунной системы, в интерфероновом статусе видно снижение продукции интерферонов в ответ на стимуляцию (Чернышева, 1995).

При истощении большую роль играет опустошение клеточных депо и выход в кровяное русло незрелых форм иммунных клеток, которые не могут полноценно ответить на постоянный стрессорный прессинг.

Установлено, что у людей, подвергшихся воздействию психологического стресса, или значительно снижено содержание лейкоцитов в крови, или их количество не выходит за пределы здоровой нормы, но не выше среднего арифметического показателя границы анализа периферической крови (Булгакова, Баранцева, 2009, 2010), а ведь именно лейкоциты играют важную роль в процессе иммунологической защиты организма. Надо отметить, что в условиях длительного стресса процесс восстановления количества лейкоцитов до нормы может длиться несколько месяцев.

Восстановление при хроническом стрессе, когда начинает доминировать парасимпатический отдел вегетативной нервной системы, необходимо проводить с поддержкой механизмов иммунной защиты. Это связано с тем, что, выбрав релаксационную методику – мы еще более ухудшим работу защитных механизмов, напрямую связанных с симпато-парасимпатическим балансом. Здесь правильная диагностика степени стресса имеет важное значение. При недооценке состояния пациента можно получить тяжелые вирусные заболевания или резкое обострение хронических недугов.

В научно-практическом центре ««Психосоматическая нормализация» такие пациенты получают курс иммуноподдерживающих препаратов, а коррекционная методика выбирается с учетом индивидуального функционального состояния и всегда несет в себе двигательный, активный компонент.

Литература.

1. Булгакова О.С. Психосоматическая нормализация в современном мире // Журнал «Фундаментальные исследования». 2008. №6. С.56-57.
2. Булгакова О.С., Баранцева В.И. Общий клинический анализ крови как метод определения постстрессорной реабилитации // Журнал «Успехи современного естествознания». 2009. №6. С.22-28.
3. Булгакова О.С. Психофизиологические дисфункции: механизмы, диагностика // Журнал «Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований», 2010. №10. С.45-51.
4. Булгакова О.С., Баранцева В.И. Динамика биохимического состава крови при соматопсихогенных нарушениях // Журнал «Психология образования в поликультурном пространстве». 2010. Т.1. №4. С.94-90.
5. Зимин Ю.И. Иммуитет и стресс // В кн. Итоги науки и техники. Изд. ВИНТИ АН СССР. Сер. Иммунология. Москва. 1979. Т.8. С.173-198
6. Чернышева М.П. Гормоны животных. СПб.: Глагол. 1995. 293с.

ПСИХОФИЗИЧЕСКИЙ ДИСКОМФОРТ – ОСЕВОЕ РАССТРОЙСТВО И БАЗОВОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

**Бусурин М.Ю., Статинова Е.А., Титиевский С.В.,
Воробьёва В.Г., Фролов С.С.**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
НИИ МПС, Украина*

Изучение иных, чем стресс (С), форм адаптации, тех, например, которые реализуются в циклах психофизического дискомфорта (ПФД) и комфорта, раскрывает принципиально новый подход к разработке средств противорецидивной терапии и повышению

эффективности профилактики хронических психических, в т.ч., психосоматических, заболеваний, особенно в тех случаях, когда по завершении купирующей терапии (КТ) патологическая симптоматика у респондеров отсутствует или выражена в слабой степени и не формирует синдромов-мишеней.

С этой целью в фазе обострения (ФО), по завершении КТ и в ремиссии (Р) исследовали показатели ПФД, С и хронотопа РОП – рецептивного оптического пространства (Бусурин М.Ю. и соавт., 2005, Чайка А.В. и соавт., 2007, Казаков В.Н. и соавт., 2008), а также особенности клиники пограничных состояний у информированных добровольцев (89 мужчин и 171 женщина, в возрасте от 24 до 45 лет) с относительно самостоятельными и коморбидными заболеваниями: E06.3(16), E11(14), E28.2(9), E66(78), F20.x3(15), F20.xx4(10), F20.8xx2(8), F31.0(11), F31.3(11), F33.0/1(9/15), F34.0(9), F34.1(22), F41.0(17), F41.2(7) F45.3(24), F45.8(15) F50.0(8), F50.2(13), F54(87), I10(17), I20.1(6), I20.10(5), J45(15), K26(7), K29(17), K30(11), K58(9), L20(17), L50(15), N94.3(57), N95.1(7). Математический анализ данных проводили в лицензионном пакете MedCalc 12.3.

Результаты. Пограничные состояния наблюдались преимущественно на этапе Р у 76,7% пациентов, на всех этапах исследования – у 63,6% больных дистимией и у 27 (79,4%) из 34 пациенток с нерезко выраженным предменструальным синдромом как аморфные изменчивые флюктуирующие симптомокомплексы с различной мозаикой из облигатных психических, нейровегетовисцеральных, нейроэндокринных и нейроиммунных расстройств. При этом осевое расстройство и базовое переживание проявлялось ПФД при отсутствии или минимальных показателях С, а для РОП были характерны прежде всего высокая степень организации хронотопа (средняя корреляция анизотропии и гетерохронии: $r = 0,59 \pm 0,04$) и более выраженная гетерохрония стимулов ($\Delta t = 22,9 \pm 0,09\%$) сравнительно с этими показателями в ФО ($r = 0,20 \pm 0,11$, $p = 0,000$; $\Delta t = 13,7 \pm 2,54\%$, $p = 0,019$) и по завершении КТ ($r = 0,37 \pm 0,07$, $p = 0,06$; $\Delta t = 9,1 \pm 1,13\%$, $p = 0,008$).

Выводы. ПФД – осевое расстройство и базовое переживание пограничных состояний – доступен объективному исследованию посредством незрительных реакций комфорта/дискомфорта, возникающих при воздействии квазистабильными оптическими стимулами на ретинорефлексогенные зоны в периферических и парамакулярных отделах сетчатки.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ МОЛОДЕЖИ О СВОЕЙ ТЕЛЕСНОСТИ И ЗДОРОВЬЕ

Бызова В.М., Шестопап О.В.

Кафедра общей психологии факультета психологии СПбГУ

Актуальность исследования обусловлена тем, что в настоящее время «недовольство собственным телом» достигло высокой степени и стало широко распространенным явлением среди молодежи. Недовольство телом может достигать степени телесного стыда, что может быть частью переживания стыда за самого себя, за свое несовершенство (1). Идея совершенного женского тела стала одной из сильнейших по воздействию и способна породить внутренние конфликты, особенно в подростковом возрасте (2). В научной литературе подчеркивается, что психология телесности – это одна из интенсивно развивающихся отраслей клинической психологии (3). Представления о своем теле и отношении к нему по мере формирования личности встраиваются во внутренний психический образ человека и служат основой для самоидентификации и становления обобщенной телесной Я-концепции.

Основная цель нашего исследования заключалась в изучении представлений о телесности, своем теле, о наиболее характерных телесных ощущениях и проблемах со здоровьем.

Среди **задач исследования** были следующие: изучение представлений о собственном здоровье в детстве, подростковом и юношеском периодах, а также особенностей личностного образа и наиболее часто испытываемых телесных ощущений.

Использовались следующие **методы и приемы исследования**: авторский прием: «Мое реальное тело и идеальное тело». Суть приема заключалась в том, что респондентов просили описать свое «реальное» тело и «идеальное» тело. После выполнения задания респондентам предлагалось сформулировать комментарии по поводу реальной и идеальной телесности.

Также использовалась методика «Личностный дифференциал». Каждому респонденту предлагался бланк с 68 характеристиками, из которых необходимо было выделить наиболее соответствующие личному образу характеристики. Кроме того, респондентов просили описать наиболее часто испытываемые ощу-

щения в теле, а также отразить представления о своем здоровье в детстве, подростковом и юношеском периодах.

Процедура исследования: исследование осуществлялось в три этапа на одной и той же выборке студенческой молодежи Санкт-Петербурга в возрасте 18-22 лет (средний возраст -19,5 лет). На первом этапе в исследовании приняли участие 130 человек, в том числе 56 юношей и 74 девушки. На втором этапе в исследовании приняли участие 99 человек, в том числе 74 девушки и 25 юношей. На 3 этапе респондентам предлагалось подготовить эссе на тему: «Представление о себе и своей телесности».

Результаты исследования. По методике «Личностный дифференциал» 46% юношей и 25% девушек подчеркивали в своем образе преимущественно положительные характеристики (например, дружелюбный, толерантный, помогающий, понимающий, отзывчивый, рассчитывает сам на себя, активный, уверенный, знающий себе цену), отражающие хорошую адаптацию в социуме и интернальную стратегию личности, что косвенным образом позволяет предположить ее наличие в отношении к собственной телесности. В данной группе не были отмечены какие-либо выраженные телесные ощущения.

Представляет глубокий интерес следующая группа молодежи (25% юношей и 24% девушек), которая не боится трудностей, знает себе цену, рассчитывает только на себя, имеет чувство собственного достоинства, терпелива, трудолюбива, предпочитает не только материальные, но и духовные ценности. Представители данной группы характеризуются настойчивостью, смелостью, склонностью не признавать авторитеты. В качестве телесных ощущений они отмечали периодическое напряжение в плечевом поясе и спине, а также ощущение прилива энергии. На состояние здоровья в целом не было каких-либо особых жалоб ни в детстве, ни в дальнейшем.

26% девушек и 8% юношей характеризовали себя как противоречивых, нетерпеливых, подозрительных, нетерпимых, вспыльчивых с выраженными неприятными телесными ощущениями (напряжение в плечевом поясе, давление в висках, боли в голове, в спине, в животе), а также с жалобами на состояние здоровья (остеохондроз, сколиоз, гастрит). Следует отметить, что проблемы, связанные со здоровьем, согласно представлениям молодежи, берут свое начало в детском возрасте, причем в большинстве случаев

отмечались частые простуды, ангины, бронхиты, пневмонии. В настоящий период подчеркивались жалобы на частые головные боли, боли в желудке, тошноту, нарушение засыпания и пр. Для представителей данной выборки характерна экстернальная направленность или приписывание ответственности за события личной жизни и трудности с адаптацией в социуме на других людей, обстоятельства, ситуации, а также ожидание помощи со стороны.

Еще одна группа респондентов, к которой были отнесены 14% девушек и 8% юношей, отмечали страх перед трудностями, характеризовали себя как пассивных, неуверенных, замкнутых. В качестве телесных ощущений они отмечали, прежде всего, дрожь в теле, тремор рук, упадок сил, а также головные боли. Характеризуя состояние здоровья в динамике, респонденты подчеркивали признаки вегето-сосудистой дистонии, например, холодные руки, головкружение, боли в сердце.

Сопоставление характеристик реального телесного образа девушек 18-20 лет показало возрастные различия: 19-летние девушки оказались наиболее критичными к своему телесному образу. Данный факт требует дополнительного изучения и объяснения.

В целом по выборке девушек – 53% подчеркивали, прежде всего, собственные недостатки своего тела: «сутулое, кривое, неудачное, слабое, ранимое, толстое, рыхлое, несовершенное, худое, нервное, вызывает отвращение и т.п.». В целом, 40% девушек-респонденток отмечали, что подобрать определение к понятию «идеальное» тело было значительно проще, чем для реального тела (например, красивое, стройное, сильное, выносливое, здоровое, сексуальное);

30% респонденток указывали на близость характеристик реального и идеального тела, поэтому описания к этим двум понятиям совпадали в значительной мере, другими словами эта группа, для которой «идеальное» тело – это либо собственное тело, либо очень близкое к нему. Для данной группы характерна удовлетворенность собственным телом, оно воспринимается как помогающее, функциональное, характеристики имели позитивный оттенок («активное», «сильное», «теплое»).

Выделилась и другая группа респонденток (40% от всей выборки), для которой собственное тело было близко к «идеальному», но с их точки зрения требовало доработки через собственную активность - «недостаточно пластичное», «требует физической ак-

тивности». Ключевым моментом в данной группе является осознание необходимости изменений для улучшения собственной телесности (например, посещение фитнес-клубов). В третьей группе 7% девушек выражали неудовлетворенность своим телом: собственное тело – это полная противоположность характеристикам «идеального» тела («болезненное», «слабое», «неудобное», «вызывающее неприязнь»). Общий эмоциональный фон описаний – крайне отрицательный, дискомфортный.

В качестве основных определений 20% девушек использовали характеристики, отражающие свойства и возможности своего тела («гибкость», «энергичность», «пластичность», «грация», «пластика», «изящество»).

Практически все респондентки подчеркивали, что «идеальное» тело должно обязательно характеризоваться красотой и внешней привлекательностью. Девушки часто использовали понятие «модель», то есть идеалом для многих являлись абстрактные модельные данные. К сожалению, понятие о модельной внешности так плотно вошло в современную культуру, что служит для многих навязанным эталоном. Этот феномен можно рассматривать как сверхзавышенные требования к своему телу.

Следует отметить, что для многих девушек «идеальное» тело обязательно должно быть здоровым. Данная тенденция может свидетельствовать о том что, молодежь понимает ценность здоровья.

Проведенное исследование отражает наличие в молодежной среде выраженного недовольства собственным телом, переживание неприятных телесных ощущений и существенные проблемы, связанные со здоровьем.

Выводы:

1. Представления о себе и отношении к телу находят свое отражение в наиболее часто ощущаемых телесных проявлениях, связанных с жалобами на здоровье.

2. Негативное отношение к собственному телу и к себе проявляется, как правило, в неприятных телесных ощущениях, таких как: напряжение в плечевом поясе, давление в висках, боли в голове, в спине, в животе.

3. Представление о себе, как о пассивном, неуверенном, испытывающем страх перед трудностями, сопряжено с дрожью в теле, тремором рук, упадком сил, головными болями.

Литература.

1. Психосоматика: телесность и культура. М., 2009. С. 203.
2. Соколова Е.Т. Исследование образа тела в зарубежной психологии//Вестник МГУ. 1985. №4. С. 39-49.
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

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ
У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК,
ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕБНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ**

**Ванчакова Н.П., Смирнов А.В., Шестакова Н.Н.,
Вацкель Е.А., Красильникова Н.В.**

*¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, ² ФГБУН Институт эволюционной физиологии
и биохимии им. И.М. Сеченова РАН*

Введение. Поиск психосоматических корреляций в клинике различных заболеваний включает исследование физических параметров, психических характеристик и поиск их взаимосвязей. Для исследования таких характеристик у больных с ХЗП и лечебным гемодиализом были исследованы пороги болевой и тактильной чувствительности, уровни тревоги, депрессии, показатели боли и зуда.

Методы и группы больных. Пороги тактильной чувствительности измеряли с помощью 5 с прямоугольных импульсов фокусированного ультразвука (ФУЗ) частотой 2,5 МГц, направляемых на кожу подушечек пальцев обеих рук. Для оценки психического состояния были использованы: тест тревоги Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Бека. Для оценки выраженности боли и зуда была использована Визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Обследовано 19 пациентов (из них 7 мужчин), ХБП V стадии получавших гемодиализ на разных сроках хронического гемодиализа (от 11 месяцев до 27 лет); в возрасте от 17 до 66 лет. В контрольную группу вошли 33 человека (из них 8 мужчин), здоровых, в возрасте от 21 до 63 лет.

Результаты. Средние величины порогов тактильных ощущений и боли, с погрешностью, соответственно, 1дБ и 1 с, в группе

здоровых людей были приняты за норму. Среди больных, проходящих гемодиализ, у 4-х человек пороги тактильных ощущений оказались ниже нормы. У 15 человек тактильные пороги были выше нормальных. Пороги боли у 3-х человек были ниже нормальных, у 3-х – не отличались от нормы и у 13-и человек – выше нормальных. Следовательно у всех больных были изменены пороги тактильной чувствительности и у большинства больных были изменены пороги болевой чувствительности.

Анализ результатов тактильной и болевой чувствительности установил, что они не зависели от пола, возраста пациентов. Но была выявлена зависимость порогов болевой чувствительности от длительности гемодиализа. Так у пациентов с длительностью гемодиализа менее двух лет ($1,24 \pm 0,5$ года) средний показатель тактильной чувствительности на левой руке составил $10,9 \pm 2,7$ дБ, на правой руке $11,7 \pm 3,1$ дБ, средний показатель порогов болевой чувствительности составил $24,9 \pm 21,4$ с. У больных с длительностью гемодиализной терапии более двух лет ($14,2 \pm 4,6$ года) средний показатель тактильной чувствительности на левой руке составил $10,96 \pm 3,6$ дБ, на правой руке $11,2 \pm 3,9$ дБ, средний показатель порогов болевой чувствительности составил $7,2 \pm 3,6$ с. У пациентов с большей длительностью гемодиализа пороги болевой чувствительности были ниже. Такая же тенденция была выявлена при сопоставлении порогов болевой чувствительности и показателей тревоги и депрессии (результаты шкалы тревоги Спилбергера-Ханина и шкалы депрессии Бека). Так у больных с продолжительностью гемодиализа до двух лет средние показатели ситуационной и личностной тревоги составили $36,0 \pm 3,7$ и $37,3 \pm 1,1$ балла, показатель депрессии $14,0 \pm 1,3$ балла. У больных с большой продолжительностью гемодиализа эти показатели были выше: ситуационная тревога $38,0 \pm 3,1$ балла, личностная $46,6 \pm 6,3$ балла, депрессия $16,4 \pm 3,3$ балла. Больные, длительно получающие гемодиализ, отличались более худшим состоянием здоровья, большим количеством осложнений и сопутствующих заболеваний. Они имели жалобы на боли, зуд, нарушения сна. Поэтому важно отметить что показатели тактильной чувствительности в сравниваемых группах были одинаковыми, а пороги болевой чувствительности имели значимые различия и их снижение совпадало с повышением показателей тревоги и депрессии. Эти данные не противоречат представлению о том, что боль

содержит психическую составляющую. Но эти данные указывают на то, что тактильная чувствительность в меньшей степени зависела от уровней тревоги и депрессии и следовательно в ее динамику эти показатели вносили меньший вклад. В тоже время исключить вклад соматического состояния в динамику тактильной, болевой чувствительности, уровней тревоги и депрессии будет неправильным, так как оно оказывало сильное влияние на уровни тревоги и депрессии у таких больных [Ванчакова Н.П., Рыбакова К.В., 2000].

Заключение. У всех обследованных больных с ХБП V стадии, получавших лечение гемодиализом, были выявлены изменения порогов тактильной и болевой чувствительности, которые имели разнонаправленный характер. Однако, удалось установить, что у пациентов с большим периодом лечения гемодиализом пороги болевой чувствительности были ниже и в этой группе больных имелись хронические болевой синдром и хронический зуд. Зависимость порогов тактильной чувствительности от длительности гемодиализа установить не удалось. У большинства больных были выявлены выходящие за пределы нормы показатели ситуационной, личностной тревоги и депрессии. Эти показатели были выше у больных с большим периодом лечения гемодиализом. Следовательно, можно говорить о наличии линейной зависимости между снижением порогов болевой чувствительности, повышением показателей тревоги и депрессии и увеличением сроков лечения гемодиализом у больных с хроническим заболеванием почек.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИНАМИКИ АФФЕКТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Вассерман Л.И., Рюмин А.В.

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
Таллинский Центр психотерапии «Imago Arte», Эстония*

Актуальность темы исследования. В психотерапевтической практике невротических расстройств известны трудности

дифференциальной диагностики соматоформных расстройств, которые в соответствии с МКБ-10 относятся к одной группе невротических нарушений, но в лечении требуют разных подходов. Выделение соматоформных расстройств в отдельную диагностическую категорию было связано с эпидемиологическим ростом количества больных с телесными симптомами, не имеющими объясняющего их соматического диагноза (8, 9, 10).

Стертость клинической картины психопатологических проявлений болезни и все большее сближение невротических симптомов с симптомами соматической патологии создают значительные дифференциально-диагностические и лечебные трудности (1, 6).

Существенная роль эмоционально-аффективных расстройств в патогенезе и клинике соматоформных заболеваний заставляет более детально изучить симптоматику и степень выраженности расстройств настроения при этой патологии (3, 4).

Цель исследования. Изучение динамики аффективно-поведенческих характеристик больных с соматоформными расстройствами и расстройствами адаптации с выделением значимых для терапии дифференциально-диагностических критериев.

Материал и методы исследования. В исследование включены 435 больных с различными невротическими расстройствами, проходившие курс лечения в Таллинском Центре психотерапии «Imago Arte» с 2003г по 2012г. В соответствии с целью исследования была сформирована основная группа, состоящая из пациентов с соматоформными вегетативными дисфункциями СВД (293 чел.) и контрольная группа, состоящая из пациентов с расстройствами адаптации (142 чел.). Средний возраст обследованных пациентов составил: в основной группе 36,14±0,47 лет, в контрольной группе – 35,37±0,69 лет. Средняя продолжительность заболевания: в основной – 5,83±0,29 лет, в контрольной – 3,26±0,12 лет, ($p<0.05$). В основной группе, состоящей из 293 больных с соматоформными вегетативными дисфункциями (199 жен. – 67,9%, 94 муж. – 32,1%) наблюдались расстройства сердечно-сосудистой системы – 176 чел (60%); дыхательной системы – 59 чел (20%); пищеварительной системы – 47 чел (16%); мочеполовой системы – 11чел (4%). По диагностическим критериям МКБ-10 исследуемые пациенты основной группы соответствовали категории F45.3. В контрольной группе, состоящей из 142 больных (95 жен. – 66,9%, 47 муж. – 33,1%), соответствовали сле-

дующим категориям: с расстройствами адаптации F43.2 – 107 чел. (75,4%); с тревожно-депрессивными расстройствами F41.2 – 35 чел. (24,6%). Все больные были обследованы в амбулаторных условиях у семейных врачей и специалистов для исключения органических нарушений внутренних органов.

Исследование проводилось с использованием клинико-психологического и экспериментально-психологического методов. В рамках клинико-психологического метода использовались: наблюдение, беседа, сбор анамнеза. Экспериментально-психологический метод был представлен следующими психодиагностическими методиками: клиническая шкала самоотчета SCL-90-R (7) и интегративный тест тревожности (ИТТ) (2). Обследование испытуемых проводили в начале лечения и в конце курса психотерапии, продолжавшегося в среднем 1,5 – 2 месяца. Психотерапевтическая помощь оказывалась в форме имаготерапии (5), интегрирующей когнитивно-поведенческие и психодинамические техники.

Результаты исследования. При изучении особенностей тревожных переживаний с помощью методики «Интегративный тест тревожности (ИТТ)» было выявлено, что больные с соматоформными расстройствами на момент обследования характеризуются средним уровнем выраженности ситуативной тревоги (СТ) ($5,82 \pm 0,11$), в контрольной группе больных этот показатель выражен больше ($6,13 \pm 0,12$), что подтверждается критериями статистической достоверности различий ($p < 0,05$). Следует отметить статистически достоверные различия значений шкальных показателей эмоционального дискомфорта и астенического компонента СТ у больных сравниваемых групп. В основной группе преобладающим является астенический компонент СТ ($6,61 \pm 0,09$), что указывает на тенденцию к преобладанию в структуре тревожности усталости, расстройств сна, вялости, пассивности, быстрой утомляемости. В актуальных условиях испытуемые ощущают недостаток энергии, пониженный жизненный тонус, возможно, в сочетании с симптомами вегетативной лабильности. У больных контрольной группы обнаруживается преобладание эмоционального дискомфорта, компонента СТ ($6,29 \pm 0,14$) по сравнению с СФД ($5,43 \pm 0,12$) при $p < 0,001$. Эмоциональная психологическая переработка своего состояния более выражена у больных с расстройствами адаптации, они в большей степени обеспокоены своим эмоциональным состоянием,

сильнее беспокоятся о будущем и социальная обстановка их также удовлетворяет в меньшей степени. В структуре личностной тревожности (ЛТ) каждая группа имеет характерные особенности. Общий показатель ЛТ в основной группе ($7,34 \pm 0,07$) выявляет наличие высокой личностной тревожности, больные контрольной группы также высоко тревожны ($7,59 \pm 0,09$). Таким образом, на протяжении длительного времени больные испытывают внутреннее беспокойство, напряженность. Выраженная предрасположенность к тревожным реакциям предполагает оценку тревоги как индивидуально-типологического свойства и может актуализироваться на фоне воздействия психотравмирующих обстоятельств.

Преобладающим компонентом в структуре ЛТ у больных основной группы (как и в структуре СТ), остается астенический компонент ($7,75 \pm 0,08$), свидетельствуя о наличии усталости, снижения мотивации к выполнению деятельности, расстройствах сна. В контрольной группе этот показатель статистически достоверно ($p < 0,001$) выражен меньше ($7,23 \pm 0,11$). В личностном аспекте повышенные показатели по субшкале астении позволяют предположить наличие повышенной физической и психической утомляемости на фоне длительных функциональных нарушений внутренних органов у СФД.

Согласно критериям различия больные контрольной группы испытывают больший эмоциональный дискомфорт, они в большей степени обеспокоены своим эмоциональным состоянием. Больные основной группы помимо переживания негативных эмоций, фиксированы на состоянии своего здоровья и степень их беспокойства больше связана с соматическим функционированием. Сравнительный анализ расстройств аффективного спектра у исследуемых больных показывает, что эмоциональный интеллект, определяющий способность распознавать эмоции и оперировать ими в той или иной деятельности, страдает при соматоформных расстройствах в большей степени, чем при нарушениях адаптации. Это указывает на определенную степень когнитивного дефицита, проявляющегося в клинике этих расстройств.

Дисгармоничный характер соотношений между выявленным у больных средним уровнем ситуативной тревоги и высоким уровнем тревожности с диагностической точки зрения указывает на особенности личностно-средового взаимодействия и необходи-

мость дальнейшего изучения специфики актуальных переживаний и устойчивых тенденций в эмоциональной сфере больных.

Сравнение результатов обследования с помощью опросника SCL-90-R показало, что профили средних значений шкал SCL-90-R основной и контрольной группы в начале лечения имели не только разную конфигурацию, но и различались по выраженности всех показателей, кроме подшкалы GSI (общий индекс тяжести). При сходном уровне тяжести психопатологической симптоматики и интенсивности переживаемого дистресса структура симптомов оказалась различной.

В начале лечения сравнение средних значений показателей шкал SCL-90-R в обеих группах выявило разную структуру выраженности симптомов. В основной группе наиболее выражены показатели шкал соматизации ($1,92 \pm 0,42$), тревоги ($1,51 \pm 0,58$), враждебности ($1,38 \pm 0,57$) и депрессии ($1,34 \pm 0,59$) $p < 0,001$. Эти данные являются подтверждением высокой степени коморбидности соматоформных тревожных и депрессивных расстройств, определяющей трудности их дифференциальной диагностики.

В контрольной группе наиболее выражены показатели шкал тревоги ($1,93 \pm 0,48$), депрессии ($1,81 \pm 0,47$), обсессивно-компульсивные расстройства ($1,63 \pm 0,57$) и межличностные затруднения ($1,54 \pm 0,63$) при $p < 0,001$.

Относительно высокий показатель по шкале тревоги у больных с соматоформными расстройствами, на наш взгляд, отражает формирование у больных опасений и страхов, связанных с состоянием здоровья. Длительное существование болезненных соматических проявлений, не получавших каких-либо подтверждений и объяснений врачей-специалистов, приводило к формированию тревожных нарушений, выявляемых при тестировании SCL-90-R.

После проведенного курса психотерапии в обеих сравниваемых группах наблюдалась значимая ($p < 0,001$) редукция симптоматики по всем шкалам SCL-90-R. Показатели по всем клиническим шкалам в конце лечения уменьшились в 2-3 раза, что свидетельствует об общем симптоматическом улучшении, как критерии эффективности имаготерапии.

Обсуждая сравнительную эффективность проведенного курса психотерапии, необходимо отметить, что у больных контроль-

ной группы наблюдалась более выраженная редукция симптоматики по всем подшкалам SCL-90-R, по сравнению с основной группой, $p < 0,001$.

Значимая редукция психопатологической симптоматики в результате проведенного лечения указывает на адекватность применяемой программы имаготерапии в лечении особенно резистентной к терапии группы невротических заболеваний.

Литература.

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства: диагностика и терапия в общей медицинской практике. М., 2007.
2. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации. – СПб. 2001.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб, 2011, Изд. «Речь».
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.
5. Рюмин А.В. Имаготерапия больных с соматизированными невротическими расстройствами в амбулаторных условиях: автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 1994.
6. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Фильц А.О., Морковкина И. В. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели / В кн.: Ипохондрия и соматоформные расстройства (под ред. А.Б. Смулевича). М., — 1992. — с.: 8-17.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – Москва: Когито, 2001.
8. Kroenke K., Spitzer R.L., deGruy F.V., Hahn S.R., Linzer M., Williams J.B., Brody D., Davies M. Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care // Arch. Gen. Psychiatry. – 1997. – Vol. 54. – P. 352-358.
9. Lipowsky J. Somatization: its Definition and Concept // American Journal of Psychiatry. – 1989. – Vol. 147, N 7. – P. 521-527.
10. Phillips K.A., First M.B., Pincus H.A. Advancing DSM: Dilemmas in Psychiatric Diagnosis. – Washington, American Psychiatric Association. – 2003.

ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА В ПСИХОЛОГИИ И СФЕРА ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.

Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Признание и утверждение в клинической и профилактической медицине, биопсихосоциальной парадигмы психического и соматического здоровья обусловлено, с нашей точки зрения, глобальным гуманистическим прорывом в психологии как «науке наук» о человеке (Ломов Б.Ф., 1984). Хорошо известно, что гуманистическое направление в психологии связано с именами А. Маслоу и его последователей – К. Роджерса, В. Франкла и др. В последние десятилетия она прочно и плодотворно используется в психотерапии. Вместе с тем, до сих пор существуют определенные противоречия между естественнонаучным и гуманитарным пониманием человека как целостной личности. Биопсихосоциальный подход к человеку (в предболезни, болезни и в последующих этапах его жизненного функционирования) в теории и методологии исследований декларирует взаимопроникновение биологической (собственно естественнонаучного, объективно-объяснительного, измерительно-доказательного) и духовной сущности личности со сложным и неповторимым миром индивидуальных переживаний человека. Психосоциальная составляющая рассматривается преимущественно через призму влияния социально-средовых условий в качестве факторов риска развития пограничных нервно-психических, психосоматических расстройств или саморазрушающего поведения. Действительно, резко возрос интерес к социальной психологии здоровья (Гурвич И.Н., 1999; Васильева О.С., Филатов Ф.Р., 2001, Залевский Г.В., 2010), появились и стали привычными такие понятия как социально-стрессовые расстройства, социальная фрустрированность, социальный стресс, социальная поддержка и др. Рассмотрение здоровья и здорового образа жизни в социально-психологическом контексте, несомненно, важно, особенно с широких гигиенических и профилактических позиций. Однако, если речь идет о здоровье человека, целостной личности (а это, главным образом, предмет медицинской науки и практики) следует учитывать, что понятия «здоровье» в социальном контексте и индивидуальная ценность здоровья существенно отличаются. Интегратором (термин Б.Ф. Ломова) здесь служит понятийный аппа-

рат медицинской (клинической) психологии, а ключевым понятием, с нашей точки зрения, является «личностный смысл здоровья», который объединяет биологическое и социальное в едином, многомерном системно-организованном конструкте целостной личности. Об этом писал еще 30 лет назад известный отечественный методолог психологии Борис Федорович Ломов, кстати, рассматривавший психологию как одну из фундаментальных составляющих медицины.

Личностный смысл здоровья (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007) проявляет свои конкретные очертания только в ситуации угрозы здоровью или в ситуации болезни, особенно, если ее субъективный прогноз связан с витальной угрозой. В этих случаях, можно говорить о ситуациях кризиса, стресса потери здоровья и, в связи с этим, блокирования актуальных потребностей, в том числе, социальных «ожиданий», надежд, перспектив. Разумеется, это актуально при сохранности самосознания личности, ее жизненных целей и ценностей. Иными словами, речь идет о сложном личностном конструкте отношений человека с его уникальным генетически и историческим опытом проживания собственной жизни. Утверждая сказанное В.Н. Мясищев, возможно, знал и был солидарен с основными положениями гуманистической психологии, высказанными Абрахамом Маслоу (Маслоу А., 1999).

В традиционной естественнонаучной модели человек с проблемами в области здоровья, как известно, выступает как объект врачебной деятельности или психологической диагностики. Основоположники гуманистической психологии видели практическое значение гуманистической модели, прежде всего в психотерапии, в возможности исследовать личность целостного человека с уникальным характером переживаний, свободно и ответственно решающим как преодолевать кризисные ситуации, в том числе и болезнь.

Таким образом, теория гуманистической психологии, утверждая идеи принятия больного человека как целостной личности с его генетическим и историческим опытом, проблемами, стремлениями к самоактуализации, духовности, к постижению смысла жизни, ее ценностей, с нашей точки зрения, оказывает чрезвычайно большое влияние не только на развитие психотерапии, но и на широкий социальный контекст проблем здоровья, связанного со здоровьем качества жизни (КЖ). В определении КЖ ВОЗ отчетливо просматривается социально-гуманистическая модель, тогда как,

КЖ, связанное со здоровьем, в большей мере, ориентируется на биопсихосоциальную модель, ставшую традиционной для методологии исследований в этой области (Новик А.А., Ионова Т.И., 2004).

Однако, ни в том, ни в другом определении не уделяется внимания личностному плану переживаний и личностному смыслу ситуации кризиса болезни, несмотря на то, что это в свое время было заложено в общей медицинской концепции реабилитации (Кабанов М.М., 1985). В этой связи нам кажется более адекватным определение КЖ, связанного со здоровьем, как сложного системно-организованного (многомерного и многоуровневого) личностного конструкта - совокупности отношений и переживаний человека (больного и здорового), связанных с индивидуальной ценностью здоровья, смыслом жизни и возможностями личности устанавливать связи с внешним миром для реализации своих актуальных жизненных потребностей и целей (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007).

Представляется, что это определение близко позициям гуманистической модели, поскольку анализируя КЖ по множеству разнообразных, но однотипных по конструкции опросников, мы, в действительности, пытаемся раскрыть личностные смыслы болезни как кризиса личности через знание и понимание больным самого себя в определенной ситуации, отношения к себе и социальному окружению, через понятия самоактуализации и самореализации. Такой подход представляется более рациональным, так как позволяет более широко и целенаправленно использовать методы психодиагностики личности в контексте взаимосвязей биологического и психосоциального, точнее интегральной биопсихосоциальной системы, проявляющейся на психологическом уровне в сфере формирования здоровья и отношения человека к здоровью как к жизненной ценности, а, следовательно, к болезни и масштабам ее переживаний. Такая позиция опирается на хорошо известные теоретические концепции личности В. Н. Мясищева и Б. Г. Ананьева.

Еще раз подчеркнем, что КЖ, связанное со здоровьем, с нашей точки зрения, не процесс, разворачивающийся во времени и связанный со стрессом болезни, а исследовательская модель, позволяющая оценивать динамику личностных смыслов человека (как осознания им экзистенциального кризиса) в широком контексте социальных условий его жизнедеятельности, включающих специфику влияния социальных стрессоров (фрустраторов), реальный социаль-

ный статус и «социальные ожидания», социальную поддержку, механизмы защитно-совладающего поведения и др. Иными словами, речь идет об актуализации социально-детерминированных, опосредованных через личность и ее конструктивные ресурсы, активных способов противостоять проблемам в сфере здоровья. Духовная же сфера больного, как показывает ряд исследований, может рассматриваться как ценностный «фундамент личности», который, условно говоря, «умирает последним». Сказанное можно рассматривать как «противовес» стигматизации больных, осмысленное стремление к установлению партнерских отношений с врачом, убежденность в том, что он (больной) не только объект, но и субъект лечения. Отсюда многообразие и сложности психотерапевтической коррекции «масштабов» переживания болезни, например, в соматической клинике. Но, вместе с тем, есть уверенность, что противоречия естественнонаучного и гуманистического подходов в понимании и изучении больного как целостной личности, преодолимы, и что обе доминирующие в настоящее время модели могут и должны дополнять друг друга, чтобы субъективный мир больного, его личности были более доступны пониманию исследователя-врача или клинического психолога.

Литература.

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. «Психология здоровья человека» - М., 2001
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. «Дискуссионные вопросы концептуализации методологии исследования качества жизни в медицине» - Сибирский психол. Журнал., №26, 2007, с. 112-119
3. Гурвич И.Н. «Социальная психология здоровья» - СПб., 1999
4. Залевский Г.В. «Некоторые проблемы психологии здоровья и здорового образа жизни» - Сибирский психол. журнал, №35, 2010, с. 6-11
5. Кабанов М.М. «Реабилитация психических больных» - Л., 1985
6. Ломов Б.Ф. «Методологические проблемы психологии» - М., 1984
7. Маслоу А. «Новые рубежи человеческой природы» пер. с англ., - М., 1999
8. Новик А.А., Ионова Т.И. «Исследование качества жизни в медицине» - М., 2004

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ» ПРИ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Виницкая А.Г., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю.

*Научно-исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербургский государственный университет*

Актуальность. Одним из важных направлений клинической психологии является изучение «внутренней картины болезни» (ВКБ). Однако до настоящего времени ВКБ и отношение к болезни изучались, прежде всего, у больных хроническими соматическими заболеваниями. Исследование ВКБ у лиц с психическими нарушениями существенно затруднено отсутствием в настоящее время адекватной методологической базы и методов исследования. Тем более не изучена ВКБ у лиц с сочетанной психической и соматической патологией.

Это определило **цель** настоящего исследования – поиск методических подходов к изучению ВКБ в тех случаях, когда соматическая патология сочетается с психическим заболеванием. Конкретные задачи предполагали изучение с помощью клинико-психологического интервью отдельных компонентов субъективной модели болезни у больных психозами с соматической патологией, а также изучение ВКБ у данной группы больных в зависимости от характера психической патологии.

Среди клинических факторов, определяющих особенности и генезис ВКБ, рассматривались ведущие психопатологические синдромы (депрессивный, тревожный, параноидный, ипохондрический) и отдельные нозологические формы психической патологии (шизофрения, рекуррентное депрессивное расстройство, органическое заболевание головного мозга). В качестве основного методического приема был предложен клинико-психологический метод – наиболее неформализованный, углубленный, интерактивный метод психодиагностики.

Клинико-психологический метод включал специально разработанное интервью, содержащее вопросы, относящиеся к 7 основным темам: 1) модель психического заболевания; 2) модель сома-

тического заболевания; 3) модель ожидаемых результатов лечения (лечебная перспектива); 4) отношение к психическому заболеванию; 5) отношение к соматическому заболеванию; 6) наличие социальной поддержки; 7) зоны наибольшей социальной фрустрированности в связи с болезнью. Проведение подобного интервью позволило индивидуализировано подойти к изучению отношения больных к своему заболеванию. По своей организации вопросы интервью приближались к клинической беседе. Это позволило выявить те тонкие переживания и личностные смыслы, связанные с хронической болезнью и сложившейся в связи с ней социально-психологической ситуацией, которые не могут быть выявлены в формализованном психометрическом исследовании.

Материал. В соответствии с целью и конкретными задачами исследования с помощью клинико-психологического метода было изучено 60 больных с психическими расстройствами, сочетающимися с соматической патологией (14 мужчин и 46 женщин); среди них преобладали лица пожилого возраста. Распределение психически больных по нозологическим формам: шизофрения – 17 человек (28,3%) (группа А), рекуррентное депрессивное расстройство (35 человек, 58,3%) (группа В), органическое заболевание головного мозга – 8 человек (13,3%) (группа С). Депрессивный синдром отмечался у 23 человек (38,3%) (группа D), тревожный синдром – у 15 человек (25%) (группа E), параноидный синдром – у 14 человек (23,3%) (группа F), ипохондрический (включая сенесто-ипохондрический) синдром – у 8 человек (13,3%) (группа G).

Распределение изученных больных по характеру соматической патологии было следующим: больные сердечно-сосудистыми заболеваниями – 45 человек (75%), заболеваниями органов пищеварения – 27 человек (45%), заболеваниями мочеполовой системы – 26 человек (43,3%), заболеваниями эндокринной системы – 17 человек (28,3%), заболеваниями органов дыхания – 16 человек (26,7%), ревматическими заболеваниями – 16 человек (26,7%).

Таким образом, в изученной группе больных преобладали лица с аффективной патологией (депрессивного и тревожного характера), имеющие выраженную и разнообразную соматическую патологию, преимущественно в виде заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Результаты. На первом этапе клинико-психологического исследования изучалась субъективная этиологическая модель психического и соматического заболевания (представления больных о том, с чем связано психическое и соматическое заболевание) у больных различными нозологическими формами (группы А, В и С), а также ожидания больных в отношении результатов проводимого лечения и эмоционально-личностное отношение к своему заболеванию (психическому и соматическому).

Анализ результатов показал, что субъективная модель психического заболевания большинства изученных больных включала в качестве этиологических факторов психическую травму, а также различные вредности физического характера. В своем представлении о механизмах развития заболевания больные шизофренией (группа А) и рекуррентным депрессивным расстройством (группа В) близки друг другу и могут быть противопоставлены группе больных органическим заболеванием головного мозга (группа С); при этом больные шизофренией и депрессивным расстройством наиболее часто выделяют в качестве причины психического заболевания психическую травму и переутомление, в то время как больные органическим заболеванием головного мозга в качестве такой причины чаще указывают соматическое заболевание (различия между группами А и С значимы на уровне $p < 0,05$).

Среди всех изученных больных преобладало представление о связи соматической патологии с переутомлением и с различными вредностями физического характера. В нозологических группах не выявлено статистически значимых различий в частотах выбора той или иной основной причины соматического заболевания. Относительно редко в качестве причины соматического заболевания выбиралась наследственность.

В качестве ожидаемого результата лечения больные депрессией (группа В) и органическим заболеванием головного мозга (С) чаще указывали на возможность выписки из стационара с продолжением прежнего образа жизни до госпитализации (при исчезновении симптомов, жалоб), в то время как больными шизофренией (группа А) соответствующее утверждение интервью выбиралось наиболее редко (различия между группами А и В, а также между А и С статистически значимы на уровне $p < 0,05$).

При изучении эмоционально-личностного отношения к болезни выявлено, что в целом по группе в большинстве случаев встречается тревожное отношение к болезни, как психической, так и, особенно, к соматической. При этом лица, страдающие депрессией, и шизофренией, существенно отличаются. Особенно это касается сознания болезни: анозогностические проявления в отношении психического расстройства отмечались у больных шизофренией достоверно чаще, чем у больных депрессией (различия А – В, $p < 0,05$). В группе больных органическим заболеванием головного мозга преобладало чрезмерно чувствительное (сензитивное) отношение к своему заболеванию, проявляющееся в опасениях по поводу отвергающего или неприязненного отношения окружающих.

На следующем этапе были сопоставлены отдельные компоненты субъективной модели болезни у больных с различными психопатологическими синдромами. Выявлено, что наиболее отличающимися в своем представлении о причинах психического заболевания являются больные с депрессивным и параноидным синдромами (различия между группами D – F, $p < 0,05$). Больные с депрессивным синдромом в качестве причины психического заболевания достоверно чаще выбирали соматическую патологию. Больные с параноидным синдромом чаще связывают свое заболевание с психической травмой, чем с другими внешними и внутренними факторами. Следует отметить, что больные с тревожным синдромом в качестве причины заболевания чаще выбирали переутомление, а больные с ипохондрическим синдромом – психическую травму.

В группах больных, различающихся по ведущему психопатологическому синдрому, не выявлено статистически значимых различий в частотах выбора той или иной основной причины соматического заболевания. В целом в изученной группе больных преобладало представление о связи имеющейся соматической патологии с переутомлением и с различными вредностями физического характера.

В своем представлении о лечебных перспективах больные с депрессивным, тревожным и ипохондрическим синдромами близки друг другу и отличаются от больных с параноидным синдромом. Это, прежде всего, касается представления о возможности вести «прежний образ жизни (до госпитализации)»: больные с параноидным синдромом полностью исключали подобную возможность и

выбирали либо более оптимистические варианты (вплоть до полного выздоровления), либо более пессимистические (различия между группами D – F, E – F, $p < 0,05$)

При анализе эмоционально-личностного отношения к болезни выявлено, что в целом по группе доминирует тревожное отношение, как к психической, так и соматической патологии; редко встречается отсутствие сознания болезни и безразличное отношение к ней. Наиболее часто тревожное отношение к заболеванию отмечается у больных с аффективными нарушениями (с тревожным и депрессивным синдромом), что, безусловно, связано с особенностями психического состояния. Тревожное отношение к болезни отмечается в этих группах достоверно чаще, чем в группе больных с параноидным синдромом (различия между группами D – F, E – F, $p < 0,05$).

Заключение. Подводя итог проведенного клинико-психологического исследования, необходимо отметить особую роль эмоционально-аффективной патологии в формировании отношения к болезни у лиц, страдающих психическими заболеваниями в сочетании с соматической патологией. В своем восприятии болезни больные эндогенными психозами, осложненными соматическими заболеваниями, не проводят четких границ между соматической и психической патологией, вследствие чего воспринимают свою болезнь, как интегрированное целое. Субъективная модель болезни большинства изученных больных включает в качестве этиологических факторов заболевания психическую травму, а также различные вредности физического характера.

Анализ личностного отношения к болезни и лечению показал, что, в целом, у изученных больных преобладает стремление к преодолению заболевания, однако для больных шизофренией характерным является также недоверчивое отношение к врачам и лечению и в ряде случаев – отсутствие сознания болезни; для больных депрессивным расстройством – тревожное отношение; для больных органическим заболеванием головного мозга – сензитивное отношение к болезни.

Дополнение данных интервью результатами психодиагностической беседы с больным, а также – беседы с лечащим врачом (что соответствует сути клинико-психологического метода) показало, что лечебные перспективы у больных рекуррентным депрессивным расстройством и органическим заболеванием головного мозга

в большинстве случаев были адекватны психическому состоянию и опыту предыдущего лечения. У больных шизофренией предположения о возможных результатах лечения носили неоднозначный, неопределенный или противоречивый характер.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В ШКОЛЕ: РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Ганузин В.М.

Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Школьный возраст - это сложный период перехода от детства к зрелости. Имеются данные, указывающие на часто наблюдаемые преневрительские и психосоматические расстройства среди школьников, связанные со школьной средой и процессом обучения. Одной из причин данных отклонений может быть фактор, который мы назвали “синдромом педагогического насилия”. *Под синдромом педагогического насилия мы понимаем влияние неадекватных педагогических методов, действий и программ на возникновение комплекса отклонений в состоянии здоровья школьников.*

Классификация синдрома педагогического насилия (Ганузин В.М.):

1. *Синдромом легитимного (узаконенного) педагогического насилия.*
2. *Синдромом административного педагогического насилия.*
3. *Синдромом авторитарного педагогического насилия.*

Синдромом легитимного педагогического насилия мы обозначили введение утвержденных министерством программ школьного образования, которые школьники не могут усвоить в силу своих физиологических и психических особенностей развития в результате чего появляются отклонения в состоянии здоровья. При этом, как для школьников и их родителей, так и для учителей нет альтернативного решения. Авторы программ обычно ссылаются на аналогичные программы в других, наиболее развитых странах. При этом не учитывается экономическое состояние и уровень здоровья детей в нашей стране. Возникновение функциональных отклонений и хронических заболеваний под воздействием школьных

программ, по данным ученых, чаще формируется у учащихся 1-4 и 10-11 классов.

Синдромом административного педагогического насилия - возникновение отклонений в состоянии здоровья у детей связанное с введением администрацией школы не узаконенных программ, обязательных и факультативных занятий, замену одних уроков другими по профилю школы (например, уроков физкультуры на уроки иностранного языка, математики и т.д.), введение обязательного посещения школьниками начальных классов групп продленного дня и т.д.

Синдромом авторитарного педагогического насилия - возникновение отклонений в состоянии здоровья у детей, проявляющихся при непосредственном контакте учителя и ученика в условиях педагогического процесса. Оно может быть направлено на целый класс, группу школьников или непосредственно на конкретного ученика. При этом одновременно страдают школьники и их родители с одной стороны и сами педагоги – с другой.

Нами предложен экспресс-метод для определения синдрома авторитарного педагогического насилия. Он проводится с помощью анкеты, которая включает в себя ряд вопросов, отражающих взаимоотношения учеников и педагогов:

А.

- | | |
|--|---------|
| 1. Были ли у Вас конфликты с преподавателями? | Да/ Нет |
| 2. Боялись ли Вы своих преподавателей? | Да/ Нет |
| 3. Подвергались ли Вы педагогом унижению? | Да/ Нет |
| 4. Относились ли к Вам педагоги несправедливо? | Да /Нет |

Б.

Перечисленные выше взаимоотношения с педагогами явились причиной развития у Вас:

- | | |
|-----------------------------|--------|
| а) невротического состояния | Да/Нет |
| б) угнетения настроения | Да/Нет |
| в) депрессивного состояния | Да/Нет |
| г) головной боли | Да/Нет |
| д) боли в животе | Да/Нет |

В.

Если у Вас имелись хронические заболевания, то негативное взаимоотношения с педагогами приводили к их обострению?

Да / Нет.

По данной методике нами проведено анкетирование 220-ти студентов медицинской академии, обучавшихся до поступления в ВУЗ в общеобразовательных школах различных регионов России. По мнению анкетированных, у 58,6% из них в период обучения в школе отмечалось наличие конфликтов с учителями; 51,8% - боялись своих учителей; 35,1% - подвергались унижению педагогами; к 75,7% учителя относились несправедливо.

Результатом таких взаимоотношений, согласно данным опроса, явилось ухудшение состояния здоровья учащихся. При этом у 67,1% школьников отмечались невротические расстройства; у 52,7% - угнетение настроения; у 22,5% - депрессивное состояние; у 14,4% - боли в животе; у 47,5% - головные боли; у 14,9% - обострения хронических заболеваний.

При авторитарном педагогическом насилии у школьников можно выделить ряд общих признаков:

1. Страхи. В классах, где практикуется педагогическое насилие, школьники, особенно начальных классов, переживают чувство страха, незащищенности. Поведение их под действием страхов может быть разнообразным: от фантазерства, лживости, обмана, нерешительности, пассивности до аутизма и агрессивности. В ряде случаев у детей формируются пограничные психические состояния типа неврозоподобных и неврозы.

2. Изоляция. В большинстве случаев, когда практикуется педагогическое насилие, сам факт насилия открыто не обсуждается. Учителя дают понять школьникам, что не следует обсуждать создавшуюся ситуацию в классе с родителями или с друзьями. Это заставляет детей, участвующих в конфликте, чувствовать себя изолированными, не такими, как все в классе. Может быть и обратная ситуация, когда педагоги открыто обсуждают конфликт, различными способами привлекая на свою сторону основную массу учащихся в классе (школе) и таким образом способствуют изоляции отдельного ученика или группы школьников.

3. Разочарование. Ряд школьников в силу ряда обстоятельств, таких как плохая подготовка на дошкольном этапе, определенный тип мышления, частые острые заболевания или длительная, периодически обостряющаяся хроническая болезнь, вынужденные пропуски уроков, не могут усвоить новые темы, не имея базовых знаний. Постепенно количество предметов, по ко-

торым ученик имеет неудовлетворительные оценки, увеличивается. Вместо понимания проблемы и помощи со стороны учителей данные школьники получают обидные прозвища и оскорбления. Они разочаровываются в школе, а порой и в жизни. Постоянный стресс, который они испытывают, вырабатывает у данной группы учащихся определенное поведение. Одни становятся «двоечниками-хулиганами» и постоянно создают конфликтные ситуации в школе, на улице, в семье. У других появляются депрессивное настроение, чувство ненужности, лишнего человека в этой жизни, ведущие к попыткам суицида.

В свою очередь, формы реакции школьников на педагогическое насилие могут быть разнообразными и зависят от множества факторов. К психосоматическим и невротическим расстройствам приводят кризисные ситуации в семье, негармоничные типы семей, конфликтная структура семьи; личность родителей, неполная семья. *Большую роль в ответной реакции на педагогическое насилие играет также тип семейного воспитания.*

При отверженном типе воспитания ребенок ощущает себя лишним в семье. Родители считают, что все несчастья и неудачи в их собственной семье связаны с данным ребенком. Школьника постоянно заставляют чувствовать, что он плох, неумел, несообразителен и, вообще, только мешает всем в доме. В этом случае ребенок перестает верить в свои силы и постоянно переживает чувство вины. Отношение к неудачам в школе и возникновение болезни на этой почве у ребенка формируется как наказание за что-то. Может быть и другой тип воспитания в семье - *гиперопека*. В этом случае родители проявляют чрезвычайную заботу и повышенную тревожность в воспитании своего ребенка. В результате такого воспитания дети становятся заторможенными, невротическими. У них появляются фобии, эмоциональная неуравновешенность. В ряде случаев дети становятся пассивными, зависимыми от старших, в связи с чем неадекватно реагируют на учебный процесс и плохо приспосабливаются к условиям школы. При воспитании в семье *по типу повышенной моральной ответственности* у детей от постоянного напряжения в условиях конфликтной ситуации с педагогом могут возникать неврозы, психические и психосоматические расстройства. *При противоположном типе воспитания* в семье для школьника создается неблагоприятная психологическая ситуация в форме

противоречивых требований, затрудняющая адаптацию к школе и углубляющая формирование на этом фоне невротических форм личности.

К невротическому развитию личности приводят, как правило, непоследовательный и противоречивый стиль воспитания, несоответствие требований родителей возможностям и потребностям детей, ритму их психофизиологического развития, конституциональным и половым особенностям, непринятие индивидуальности и эмоциональное непринятие детей, неравномерный характер воспитания в различные периоды жизни детей.

Таким образом, синдром педагогического насилия является одним из факторов, влияющих на физическое и психическое здоровье школьников. Поэтому, исходя из выше изложенного, мы предлагаем следующие пути профилактики данного синдрома:

- Во-первых, родители должны получить советы детского врача и психолога, какую программу в школе сможет освоить их ребенок.

- Во-вторых, администрация школы должна контролировать психологический климат в школе и классах, при необходимости корректировать стиль работы педагогов с учениками, а также не должна внедрять авторские программы обучения, не прошедшие сертификацию.

- В-третьих, должна быть координация деятельности медицинских, педагогических работников и психологов в изучении данного синдрома, что позволит скоординировать их совместную работу по профилактике заболеваний и оздоровлению детей в условиях образовательного учреждения.

Литература.

1. Ганузин В. М. О правомочности применения в педиатрии термина «синдром педагогического насилия» // Материалы VIII Конгресса педиатров России. – М., 2003, с.77.
2. Ганузин В. М. Методы диагностики и пути профилактики синдрома педагогического насилия // Насилие и пренебрежение по отношению к детям: профилактика, выявление, вмешательство. / Под ред. О. Н. Боголюбовой – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2009, с.13-14.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Грицевич Т.Д., Черных И.Д.

*РНПЦ онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова*

Одной из самых острых кризисных ситуаций в жизни любого человека, несмотря на все успехи современной медицины, по-прежнему остается диагноз «рак». Пожалуй, ни одно из известных нам заболеваний не несет в себе такой мощной стрессовой нагрузки, как злокачественная опухоль. Это объясняется тем, что для большинства пациентов и их родных слово «рак» является прямым синонимом обреченности, своего рода смертным приговором, связанным с нечеловеческими страданиями (Гнездилов А.В., 2002).

В результате переживания подобного кризисного события жизни у многих пациентов наблюдается в той или иной степени выраженности психологическая и социальная дезадаптация, связанная с помещением в стационар и предстоящим лечением. Однако установлено, что и сами онкологические заболевания могут быть спровоцированы сильнейшим психоэмоциональным стрессом. Конечно же, они имеют многофакторную природу, и для их исследования необходим комплексный подход, учитывающий, однако, не только биологические, но и психосоциальные аспекты.

По мнению Д.Г. Заридзе, в настоящее время нет строгих научных доказательств, что психоэмоциональный стресс является непосредственной причиной развития злокачественных опухолей. Основные трудности изучения связи психики с возникновением онкологического заболевания обусловлены невозможностью точного определения начала онкопроцесса в его бессимптомной и манифестной фазах, а также индивидуальной дозы психоэмоционального стресса, что порождает скептическое отношение к самой возможности существования таких связей (Заридзе Д.Г., 2004).

Тем не менее, огромное количество эмпирических и научных данных свидетельствуют о том, что психологический стресс связан с высоким риском развития злокачественной опухоли и может являться пусковым фактором канцерогенеза.

О.В. Бухтояровым и А.Е. Архангельским было исследовано 837 пациентов с различными диагнозами злокачественных опухолей. Из этого числа пациентов 489 человек, т.е. 58,4% указали на психогенные факторы, как главные причины развития злокачественных опухолей. Обращает на себя внимание тот факт, что в полученной выборке явно преобладали пациентки с диагнозом рак молочной железы – 344 (41,1%) над всеми остальными видами злокачественных опухолей (Бухтояров О.В., Архангельский А.Е., 2008).

Задачей нашего исследования было выявление влияния психоэмоционального стресса на возникновение рака молочной железы. Для решения данной задачи мы использовали простой бланковый опросник «Ваше мнение», разработанный А.Е. Архангельским и О.В. Бухтояровым (2008).

Опросник «Ваше мнение» содержит один вопрос, обычно задаваемый пациентам при сборе анамнеза заболевания: «Как вы считаете, с чем может быть связано развитие вашего заболевания?», на который предлагается 7 вариантов ответа. Каждый вариант имеет свою балльную оценку. Диапазон 3-6 баллов указывает на существование, по мнению пациентов, связей развития злокачественной опухоли с психогенными причинами, а диапазон 0-2 свидетельствует об отсутствии таких связей. Кроме того, пациенткам предлагалось кратко указать стрессовые события (если таковые имелись в анамнезе), ощущения в тот период и отметить через какое время после стресса, по их мнению, развилось заболевание.

В нашем исследовании опрошено 70 женщин с установленным диагнозом рак молочной железы. При анализе полученных результатов установлено следующее: 59 пациенток (84,3%) связывали возникновение и развитие онкологического заболевания с пережитыми стрессовыми ситуациями. 28 из них (47,5%) указывали на разрыв отношений с мужем, измену, развод, 19 пациенток (32,2%) связывали возникновение заболевания с болезнью и смертью близких людей (родителей, детей, родственников). На стрессовые ситуации, возникавшие на работе (возможная ее внезапная потеря, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки) указали 12 пациенток (20,3%). Не связывали свое заболевание со стрессовыми ситуациями 11 женщин (15,7%). По мнению этих 11 пациенток, причинами возникновения заболевания стали наследственные факторы, ушибы, удары. Полученные данные представлены в таблице 1.

Изучение психогенеза онкологического заболевания

Испытуемые, n 70	Причины стрессовых ситуаций, n 59						Нет связи со стрессовыми ситуациями n 11	
	Разрыв отношений, измена, развод		Болезнь и смерть близких (родителей, детей, родственников)		Стрессовые ситуации на работе (возможная потеря работы, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки)			
	абс. числ.	%	абс. числ.	%	абс. числ.	%		
Пациенты	28	47,5	19	32,2	12	20,3	11	15,7

Таким образом, согласно полученным данным, наиболее значимыми психоэмоциональными стрессами, повлиявшими, по мнению опрошенных женщин, на развитие онкологического заболевания, были неблагоприятные отношения в семейной жизни. Измена мужа, развод, разрыв отношений имели место у 47,5% опрошенных; болезнь и потеря близких – в 32,2% случаев.

В качестве примера позволим привести лишь несколько вариантов ответов пациенток.

Пример 1.

Пациентка Т.Т.И., 48 лет, диагноз – рак молочной железы.

Стрессовые события и их продолжительность:

1) болезнь и смерть матери (болела в течение 5 лет, скончалась с собой – повесилась).

2) через несколько месяцев – болезнь свекрови – рак молочной железы.

3) через несколько месяцев - измена мужа, развод.

4) разрушение семейного бизнеса.

5) сын провалился в канализационный люк, покалечился.

Ощущения в тот период: чувство вины и чувство страха, безысходность, чувство потери, желание оправдаться

Заболевание возникло через 2 года после последнего стрессового события.

Имеется другая причинная связь: нет.

Таблица 1.

Пример 2.

Пациентка И.А.Л. 40 лет, диагноз – рак молочной железы.

Стрессовые события и их продолжительность:

1) 2006 г. болезнь матери – рак пищевода, болела в течение года.

2) 2007 г. – измена мужа, развод, раздел квартиры.

Ощущения в тот период: чувство обиды, трудно выразить словами все, что тогда чувствовала, много плакала.

Заболевание возникло через год после последнего стрессового события.

Имеется другая причинная связь: другой причинной связи не находит.

Пример 3.

Пациентка Ч.В.Г., 50 лет, диагноз – рак молочной железы.

Стрессовые события и их продолжительность:

1) 2001 г. – острый стресс по поводу крупной недостачи на работе – пропало большое количество бензина, 1 месяц сидела в СИЗО (до сих пор выплачивает недостачу)

2) 2002 г – сын попал в тюрьму из-за драки

Ощущения в тот период: не хотелось жить из-за чувства несправедливости, отчаяние, страх за сына.

Заболевание возникло в 2007 г, когда нормализовалась обстановка

Имеется другая причинная связь: нет

Выводы. Таким образом, для женщин удовлетворенность браком, счастливая семейная жизнь имеют первостепенное значение. Наиболее сильными стрессорами оказались следующие факторы: разрушение семьи, разрыв отношений с партнером, супружеская измена, несчастье с родными и близкими или их потеря.

Литература.

1. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии. О.В. Бухтояров, А.Е. Архангельский; под ред. В.А. Козлова. – СПб.: Алетейя. 2008. – 264с.: ил. [2] с цв. вкл.

2. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. - СПб.: АРТ-терапия. 2002. - 164с.

3. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных новообразований./ Д.Г.Заридзе //Канцерогенез.-М.:Медицина, 2004,- с.29-85

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ТЯЖЕЛЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Грошева Е.В., Удальцова Е.М., Шевченко И.В.

*ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина,
3 стационарное отделение*

Количество пациенток с расстройствами пищевого поведения стремительно растет с каждым годом. Д.Н.Исаев отмечает взрывной рост частоты нервной анорексии за последние годы [3]. Этому способствуют социальные, экономические, культурные особенности современного общества [3], [4]. В ЦВЛ «Детская психиатрия» в третье стационарное отделение в 2009 году поступили двое девочек с таким диагнозом, в 2010 и 2011 годах – по трое. За неполные девять месяцев 2012 года в отделении было пролечено уже шестеро таких пациенток. До 2009 года были годы, когда не поступало ни одной девочки с расстройствами пищевого поведения.

В рамках расстройств пищевого поведения в детской и подростковой клинической практике сейчас мы имеем дело, преимущественно, с анорексией. У девочек на фоне тяжелых ограничений в пище бывали приступы переедания, зачастую – с последующим вызыванием рвоты. Однако при поступлении в стационар булимические приступы не играли решающей роли в клинической картине.

Анорексия традиционно считается невротическим расстройством, в котором соматический компонент играет чрезвычайно значимую роль [2-5]. Сложность работы с анорексией в том, что дисморфофобические переживания и убежденность в своей полноте, отсутствие критики к своему состоянию доходят иногда до психотического уровня, бредовой настроенности. Поведение девочек часто

угрожает их жизни, есть данные о летальных исходах [3], [4]. В значительной части случаев, особенно при сильном истощении, сопровождающемся соматическими (в первую очередь – кардиологическими) проблемами требуется лечение нейролептиками и ограничительный, а не активирующий режим [1], [4]. Пациентки, даже при угрозе смерти, отказываются принимать пищу, лгут, изворачиваются, стараются выбрасывать еду или вызвать у себя рвоту, поэтому требуют постоянного наблюдения и контроля. Только после восстановления соматического состояния и возникновения критики к болезни возможно передать девочек (и их семью) в амбулаторную службу для последующей психотерапевтической и психологической работы.

При лечении пациенток с анорексией требуется сочетание психиатрической, психологической помощи и серьезного соматического лечения. Все девочки при поступлении в стационар имели различные проблемы с нарушениями сердечного ритма, преимущественно - дистрофию миокарда, нарушения сердечного ритма. После длительного лечения у подавляющего большинства эти симптомы купировались. У большинства девочек были проблемы с пищеварением (запоры, гастриты). В ряде случаев наблюдались неврологические проблемы, в одном случае – даже полинейропатия, снижение чувствительности конечностей.

В психиатрический стационар попадают, как правило, девочки с уже серьезными стадиями истощения и категорическими отказами от пищи (а в одном случае – и от воды). Однако, несмотря на первичность соматического и психиатрического лечения, таким пациентам с первых дней поступления необходима психологическая и психотерапевтическая помощь. На начальных этапах работы предпочтительными формами являются индивидуальная и семейная, далее – групповая и семейная психотерапия. Помимо собственно анорексии, девочки имели множество сопутствующих и коморбидных психологических проблем. Как правило, они были неуверенны в себе, тревожны, эмоционально неустойчивы, но имели очень высокие требования к себе. Часто завышенные требования к детям предъявлялись семейным окружением.

Иногда в начале болезни или на всем ее протяжении пищевое поведение являлось средством «шантажа». Девочки торговались за каждую ложку еды, что помогало им получить желанное количество внимания, статус в семье или другую вторичную выгоду.

Родители, как правило, шли «на поводу» у девочек. Их отношение к состоянию детей также отличалось низкой критичностью, непоследовательностью действий. Поэтому семейная психотерапия является обязательным условием работы с этой группой пациентов [1], [3], [6].

Очень важно отметить, что многие девочки впервые начали «худеть вместе с мамой». Отношения в семьях девочек, как правило, характеризовались противоречивостью, неоднозначностью ролей или стремлением одного из родителей (или значимых прародителей) утвердиться на роли «главного в семье». Отношение к здоровому образу жизни в семьях было совершенно различным. В некоторых случаях родители совсем не придавали этому значения. Во многих случаях дома любили «вкусно поесть», мать или даже отец очень хорошо готовили. В доме всегда было много вкусной еды, и девочки до определенного момента вполне разделяли родительские вкусы и пристрастия. В некоторых случаях в семьях были чрезвычайно жесткие правила в отношении «хорошей» и «плохой» пищи. Самая юная из наших пациенток с анорексией, 10 лет, из «хорошей», состоятельной семьи, не знала, что такое «эклер» и «буше». Когда, после длительной терапии, она стала сама, без принуждения есть, она попробовала пирожные и с удивлением сказала, что «это вкусно». Несмотря на то, что при поступлении ребенок был чрезвычайно истощен, измучен, ослаблен, мать даже после длительной госпитализации категорически не хотела покупать ей пирожные с кремом, говоря, что это «ужасная», «не полезная» еда. Многие авторы, работающие с семьями пациентов с анорексией, отмечают сильное сопротивление семьи лечению и госпитализации [3], [6].

При работе с пищевыми расстройствами в психиатрическом стационаре необходимо тесное взаимодействие всех специалистов, работающих с ребенком – врача-психиатра, психолога, психотерапевта, обязательно - врача-терапевта (педиатра), невролога. Необходима координация действий всех специалистов, выработка «единого» направления деятельности с первых дней поступления и до выписки.

После выписки очень важно взаимодействие стационарной и амбулаторной служб. Даже после выписки из стационара необходимо продолжение психотерапевтического лечения, так как проблемы, которые послужили «пусковым механизмом» расстройства или развились за время болезни ребенка, не решаются за время госпи-

тализации. Детям нужна постоянная поддержка, так как «сложные отношения» с едой сохраняются еще очень долго, у многих – почти навсегда, обостряясь на фоне стрессов. У девочек часто есть сложности с чувством насыщения, они голодны до тех пор, пока не появятся рези в желудке, поэтому переедают. После этого испытывают чувство вины, могут опять начинать вызывать рвоту. Сохраняются склонность к перепадам настроения, слезливость, страх как слишком сильно поправиться, так и снова попасть в психиатрическую больницу. Д.Н.Исаев отмечает, что в большинстве случаев наблюдается волнообразное рецидивирующее лечение, а примерно 1/3 больных всю жизнь придерживаются жестких ограничений в пище [3]. Пациентам с нервной анорексией длительное время необходима помощь и поддержка специалистов.

Литература.

1. Детская психиатрия. Учебник / Под редакцией Э.Г. Эйдемиллера. – СПб, 2005.
2. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. – СПб., 2004.
3. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб., 2005.
4. Коркина А.В., Цивилько А.А., Маврилов В.В. Нервная анорексия. – М., 1986.
5. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб: Речь, 2003.
6. Пронина Н.Н. Психологическая помощь семье и детьми, имеющими проблемы в эмоционально-волевой сфере // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. Материалы Российской научно-практической конференции (Москва, 28 ноября 1996 г.). – М., 1996. – с.91 – 92.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Долганова Н.П.

*Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, кафедра клинической психологии*

Проблема метаболического синдрома (МС) является одной из наиболее актуальных в современной медицине, что связа-

но с его возрастающей распространенностью и сопряженностью с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа (Мамедов М.Н. и др., 2004). По данным экспертов ВОЗ, среди трудоспособного населения МС выявляется у 15-25% в зависимости от пола и социально-этнических особенностей (Мамедов М.Н. и др., 2004). По другим сведениям, уровень распространенности достигает 25–30 % (Успенский Ю.П. и др., 2006), при этом в ближайшие десятилетия ожидается прирост метаболических нарушений в среднем на 70 % (Мамедов М.Н. и др., 2004).

Метаболический синдром представляет собой комплекс патогенетически связанных нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена, чувствительности тканей к инсулину, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии. Вопрос об этиологии МС до сих пор является открытым. Есть свидетельства в пользу ведущей этиологической роли эндокринных нарушений (Краснов В.Н. и др., 2005). С другой стороны, большое значение уделяется поведенческим и эмоциональным факторам риска развития МС (Goldbacher E.M., 2007; Mommersteeg P.M., 2010). Согласно некоторым исследованиям, в патогенезе МС участвуют сопутствующие эмоциональным расстройствам нейроэндокринные сдвиги (Краснов В.Н. и др., 2005). С другой стороны, вопрос о том, являются эмоциональные нарушения провоцирующими факторами или последствиями, остается нерешенным. Кроме того, сопряженность МС с эмоциональными нарушениями обнаруживается не во всех исследованиях (Grabe H.J. и др., 2010). Тем не менее, исследования позволяют предположить возможность нарушения эмоциональной регуляции, что в частности, подтверждается данными зарубежных ученых. (Gohill BC и др., 2001; Tiengo A. и др., 1996).

Отечественные исследования, посвященные данной проблеме, немногочисленны. Проблема МС в России в большинстве своем рассматривается сугубо с точки зрения кардиологических и эндокринных нарушений, а коррекционные мероприятия зачастую заключаются в соблюдении диеты и увеличении физических нагрузок (Перова Н.В. и др., 2001). Однако существуют сведения, что высокий уровень тревоги, депрессии и алекситимии способствует снижению мотивации пациента на терапию, влияет на более интенсивное развитие заболевания, на резистентность к медикаментозной терапии (Isaksson H. и др., 1992; Grabe H.J. и др., 2010).

Таким образом, есть свидетельства о наличии эмоциональных нарушений при МС, вместе с тем, дискуссионным остается значение этих нарушений при данном синдроме. Не изучены эмоциональные особенности пациентов с метаболическими нарушениями, взаимовлияние эмоциональных нарушений и компонентов метаболического синдрома.

Учитывая все вышесказанное, представляется важным прояснить особенности эмоциональных нарушений у лиц с отдельными метаболическими нарушениями с целью обоснования направления превентивных мероприятий.

Материалы и методы. На базе отделения эпидемиологии артериальной гипертензии Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова в рамках скрининговой программы было обследовано 75 человек в возрасте 22–62 лет (33 мужчины и 42 женщины).

В рамках биомедицинского скрининга использовались следующие методы: измерение артериального давления (АД); оценка антропометрических данных (вес, рост, окружность талии), биохимический анализ крови (уровень глюкозы, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности).

Для анализа эмоционального состояния пациентов использовались психологические методы и методики: беседа, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S. и др., 1983); Торонтская алекситимическая шкала (TAS) (Ересько Д.Б. и др., 2005).

Методы математико-статистического анализа данных: критерий Стьюдента, коэффициент корреляции Пирсона.

Все обследованные по критерию степени выраженности кардиометаболических нарушений были объединены в три группы: 1-я группа – с МС (29 человек: 14 мужчин, 15 женщин) согласно критериям АНА/NHLBI; 2-я группа – без МС, но с отдельными кардиометаболическими нарушениями (29 человек: 9 мужчин, 20 женщин, или 39 %); 3-я группа – условно здоровые (17 человек, или 22 %; 10 мужчин, 7 женщин).

Результаты исследования. По результатам беседы и наблюдения у лиц с отдельными метаболическими нарушениями выявился ряд особенностей в эмоциональных проявлениях. Большинство таких пациентов проявляли волнение за состояние

своего здоровья, желание «заняться собой вплотную», однако отмечали при этом недостаток времени и необходимых материальных средств. В данной группе 24% респондента проявляли заинтересованность в психологической помощи в связи с личными трудностями и пережитыми кризисными ситуациями.

Пациенты с МС также проявляли интерес к состоянию своего здоровья, однако без обеспокоенности, признавались, что «надо поправлять здоровье, но мало что помогает в этом». К психокоррекционной работе проявляли интерес 24 % обследуемых, мотивируя его желанием лучше узнать себя, узнать «как происходит взаимосвязь психического и физиологического». Зачастую в запросе таких пациентов на психологическую работу доминировало желание снизить массу тела и отказаться от вредных привычек.

Условно здоровые респонденты, как и респонденты двух других выделенных групп, интересовались состоянием своего здоровья, сообщали, что с радостью согласились принять участие в исследовании. Потребность в психологической помощи не выразил ни один из респондентов данной группы.

Анализ результатов психодиагностической оценки показал, что респонденты с отдельными кардиометаболическими нарушениями имеют более высокий уровень тревоги: $7,4 \pm 3$ по сравнению с $5,6 \pm 2$ у лиц с МС и $6,4 \pm 3$ – у здоровых ($p \leq 0,05$). Достоверных различий по степени выраженности депрессивных проявлений обнаружено не было.

У лиц с отдельными кардиометаболическими нарушениями обнаружился и более высокий уровень алекситимии по сравнению с пациентами двух других групп (72 ± 11 в сравнении с $65,7 \pm 12$ при МС и $66,1 \pm 9$ у условно здоровых, $p \leq 0,05$).

Между отдельными кардиометаболическими параметрами и эмоциональными характеристиками респондентов достоверно значимой взаимосвязи не обнаружено.

Заключение. Результаты настоящего исследования продемонстрировали, что лица с отдельными кардиометаболическими нарушениями имеют более высокий уровень тревоги, чем лица с МС и условно здоровые респонденты. У них также отмечаются более выраженные трудности в описании своего эмоционального состояния, дифференцировании эмоций и телесных проявлений напряжения. Можно предположить, что изолированные кардиометаболические нарушения отражают общее состояние дестабилизации системы адап-

тации, перенапряжение адаптационных механизмов, проявляющееся в том числе в эмоциональной неустойчивости и явлениях психофизиологической дисрегуляции. Завершение формирования МС, по-видимому, сопровождается частичной стабилизацией эмоционального состояния с переходом на качественно иной уровень – уровень патологической адаптации, определяющей повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.

Полученные результаты согласуются с выводами других исследователей о взаимосвязи кардиометаболических расстройств с эмоциональными нарушениями. Вместе с тем новыми являются данные о том, что в наибольшей степени признаки эмоциональной дисрегуляции характерны для лиц с изолированными кардиометаболическими симптомами.

В связи с полученными данными представляется важной психопрофилактическая работа, направленная на повышение эмоциональной компетентности, стабилизацию эмоционального состояния и расширение адаптационных возможностей личности при выявлении первых кардиометаболических отклонений. Данная работа может проходить в виде группового и индивидуального психологического консультирования, включающих в себя психообразовательный компонент и психокоррекционную работу в когнитивно-поведенческом ключе. Доказано, что своевременная психокоррекционная работа, направленная на снижение тревоги и депрессии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями усиливает кумулятивный терапевтический эффект (Искендеров Б.Г. и др., 2009). В исследованиях М.Л. Kinnunen и М. Kokkonen (2005) указывается, что эмоциональная компетентность снижает вероятность возникновения МС и определяет более благоприятный медицинский прогноз при наличии МС. Многими авторами также подчеркивается необходимость систематических усилий пациента и врача, направленных не только на медикаментозную терапию, но и на коррекцию поведенческого стереотипа (пищевые привычки, адекватная физическая активность, жизненный оптимизм, изменение образа жизни) (Искендеров Б.Г. и др., 2009; Абдурахманов М.М. и др., 2009).

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что в процессе развития кардиометаболических расстройств наибольшую выраженность признаки нарушения психической адаптации имеют на этапе предболезни – дестабилизации

системы адаптации. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке скрининговых программ и программ профилактики в системе здравоохранения.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.

*Бурятский государственный университет,
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко*

Клиника, диагностика и лечение совместно протекающих заболеваний представляют значительные трудности. Нельзя забывать, что соматические заболевания, в том числе язва желудка и двенадцатиперстной кишки, могут провоцировать психические болезни или сочетаться с ними, осложняясь в период обострения.

Нами целенаправленно исследовано 32 больных, находящихся на стационарном лечении в Республиканской больнице с начала 2005 года с диагнозом: язвенная болезнь желудка (ЯЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), астенический синдром, вегетососудистая дистония. Являясь психосоматическим заболеванием, язвенная болезнь оказывает большое влияние на возникновение и лечение соматических расстройств. Так, у 29 человек заболевание протекало с функциональными нарушениями нервной системы, ярко выраженным астеническим синдромом в сочетании с депрессией, у 3 больных наблюдалась клиника маниакально-депрессивного синдрома с имеющейся невротоподобной симптоматикой.

Возрастные особенности свидетельствовали о значительных колебаниях, причем преобладало женское население с язвенным анамнезом 6 – 10 лет. Возраст пациентов: до 20 лет – 2 человека, 21 – 30 лет – 7 больных, 31 – 40 лет – 8 больных, 41 – 50 лет – 15 больных. Мужчин было 13, женщин – 19. Язвенный анамнез: до 5 лет – 5 больных, 6 – 10 лет – 17 больных, 10 и более лет – 10 больных.

У всех пациентов имели место симптомы язвенной болезни, обострение которой имело четкую зависимость от сезонности (весенне-осеннее время). Следует заметить, что в клинической картине после очередного приступа болей в эпигастральной области,

правой половине живота нарастали диспепсические расстройства (тошнота, отрыжка, рвота), а также наблюдались симптомы интоксикации – слабость, недомогание, утомляемость, тахикардия – у 15 больных. У 18 больных клиника болезни проявлялась дебютным астеническим синдромом. Преобладали повышенная утомляемость, замедление восприятия, эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, гиперестезия, нарушение сна, часто – астеническое состояние с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями. Основные синдромы у больных ЯЖ и ДПК представлены в таблице №1.

Целенаправленно было обследовано 29 больных с предварительной консультацией психиатра, результаты представлены в таблице №2.

Анализ историй болезней пациентов показывает важность правильного понимания и трактовки жалоб и состояния больного. Если в начале заболевания (короткий язвенный анамнез) отсутствовала связь между обострениями язвенной болезни и функциональными нарушениями нервной системы, то на последующих этапах течения процесса (увеличение продолжительности язвенного анамнеза, течения болезни) эта связь проявляется четко. И в этом случае психическая симптоматика начинает рассматриваться врачами как первичная соматически обусловленная.

В этот период тяжесть состояния больных в большей степени определялась психическими, аффективными расстройствами (депрессией), а не клиникой язвенной болезни. Так, при прогрессировании соматического заболевания тоскливая депрессия постепенно переходит в приступы тревожно-тоскливого возбуждения с ворчливостью, недовольством окружающими, придирчивостью, требовательностью с присоединением вегетативных расстройств в виде тахикардии, потливости, гиперемии кожных покровов.

У больных с длительным язвенным анамнезом на фоне депрессивного, астенодепрессивного состояния могут возникнуть бредовые состояния в виде бреда отношения, осуждения, материального ущерба. Обычно такие идеи нестойкие с характером бредоподобных сомнений и заметной истощаемостью больных.

Причиной возникновения всего этого является интоксикация желчью (у больных преобладает дуоденогастральный рефлюкс, высокое внутридуоденальное давление). Рассматривая особенности

диагностики язвенной болезни желудка и ДПК, следует заметить, что известные диагностические возможности многих методов не равнозначны. Поэтому необходимо их комплексное применение и точный алгоритм. Именно учет всех особенностей выявленной патологии перед операцией (21 больной) позволил вплотную приблизиться к принципу «каждому больному – своя операция» и тем самым достичь хороших результатов лечения.

После проведения оперативного лечения в отдаленном послеоперационном периоде (1-5 лет) положительный результат отмечается в 91,7%.

Таким образом, особенностью течения картины ЯЖ и ДПК является то, что реальная симптоматика – функциональное нарушение нервной системы, депрессия – полностью доминируют над симптомами хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП).

У таких больных только при целенаправленном обследовании установлен диагноз дуоденального стаза. Следует отметить недостаточную осведомленность гастроэнтерологов, психиатров о возможности сочетания такого заболевания с психосоматическими проявлениями.

Таблица 1.

Синдромы	Количество пациентов	
	Абс.	%
Депрессивный	25	78
Астенический	26	81
Нарушение сна	24	78
Вегетативные нарушения	9	28
Абдоминальный	32	100
Выраженный абдоминальный	18	56
Диспепсический	11	34
Синестопатический	17	53

Таблица 2.

Патология	Количество пациентов
Язвенная болезнь желудка	9
Язвенная болезнь ДПК	13
Язвенная болезнь желудка и ДПК	7
Изолированная ХНДП	19
Атрофический гастрит	24
Маниакально-депрессивный синдром с ЯЖ и ДПК	3

ИННОВАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Жукова О.А., Парфенов С.А., Шахов Д.В.,
Антипин С.Г., Антипина Т.А., Матвеев А.В.,
Ельшибаева К.Г., Нестеренко М.Ю.**

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, факультет прикладной психологии,
кафедра психологии здоровья*

Современное видение теории психологического стресса позволяет рассматривать инновационные процессы как один из вариантов психогении (невроза). Любую инновацию можно рассматривать как стресс, который может привести к формированию невроза, так как имеют место, по меньшей мере, два действующих фактора: реакция личности на психическом уровне и реакция организма на физиологическом уровне, что следует рассматривать в едином контексте проявлений. В зависимости от силы, длительности инновационных влияний, реакции личности, развитости компенсаторных механизмов адаптации, стресс, как результат воздействия инновации, может приобретать мобилизирующий характер или разрушительный (стресс-дистресс).

Что касается психогенных аспектов инновационного стресса, то инновационный раздражитель можно рассматривать как стрессогенный при его когнитивной интерпретации, т.е. значении, которое ему придает сам человек (Ellis, 1973; Kirtz, Moos, 1974) или из-за воздействия раздражителя на индивидуум через сенсорный или метаболический процесс, являющийся самим по себе стрессогенным (Cufting, 1972).

В современной социальной медицине и клинической психологии нет однозначной теории этиопатогенеза инновационного невроза и существует широкий диапазон представлений о природе неврозов от конституциональных (биогенетических) до психосоциальных и социогенетических, получивших распространение в последнее время. Более того, в международной классификации болезней (МКБ-10) термин «невротическое» расстройство используется лишь в связи с его историческим значением. Такое ограничение связано с многозначностью и неспецифичностью критериев невро-

за, включая умеренную выраженность психического расстройства, отсутствие симптомов психоза и связь развития болезни с воздействием психотравмирующих факторов. Однако если рассматривать невроз в рамках донозологической концепции, которая относит невроз в область пограничных состояний, связанных с расстройствами адаптации, либо причисляет невроз к группам психопатологических и патохарактерологических типов девиантного поведения, то будет правомерно акцентировать внимание на инновационной этиологии неврозов в современном информационном обществе. В связи с этим весьма важным и социально-значимым является рассмотрение инновационных неврозов у лиц пожилого возраста (55-65 лет).

В.Н. Мясищев выдвигает на первый план психологический личностный фактор при неразрывной связи его с биологическим и социальным в рассмотрении различных аспектов инновационного невроза. Психогенная природа невроза определяется им существованием связи между особенностями системы отношений личности и патогенной конфликтной ситуацией больного.

Б.Д. Карвасарский исходит в понимании невроза как психогенного нервно-психического расстройства, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Выделяют кратковременные невротические реакции, носящие ситуационный характер (реакция испуга, астеническая реакция, реакция приспособления к новой обстановке и др.), а также случаи патологического развития личности и так называемые акцентуированные, аномальные личности. В описании последних К. Leonhard (1968), А.Е. Личко (1974) и другие авторы особо выделяют различные типы «заострений» характера (черты личности, особенности стремлений) и темперамента (темп, качество, сила, глубина аффективных реакций). Акцентуированные личности, по их мнению, занимают промежуточное положение между состоянием психического здоровья и типичными психопатическими расстройствами.

Описывая вопросы неврогенеза с преобладающим этиологическим вкладом инновационных преобразований, хотелось бы остановиться на психологической платформе изучения неврозогенеза, где можно выделить направление, акцентированное на количественных показателях информации. К нему следует отнести положение

и представление М.М. Хананашвили об «информационной триаде», лежащей в основе инновационного невроза. В нее включаются: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема новой высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно, с точки зрения М.М. Хананашвили, возникают невроз и разнообразные психосоматические расстройства. По мнению П.В. Симонова, невроз – это «болезнь неведения», что, в противовес представлениям М.М. Хананашвили, отражает позицию о патогенетической значимости отсутствия или недостаточного количества информации.

Реакции на острый стресс, возникающих в условиях инновационных воздействий отличаются тем, что они включают расстройства, которые определяются не только на основе симптоматики и течения, но и на основании наличия одного из причинных факторов: исключительно сильного стрессового инновационного жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации.

Поведение лиц пожилого возраста в случае возникновения у него социально-стрессового расстройства проявляется заострением личностно-типологических черт характера; развитием гиперстении, гипостении, панических реакций, депрессивных, истерических и других психических нарушений; утратой способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях; появлением цинизма, склонности к делинквентным поступкам.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что резкая интенсификация инновационных процессов вследствие широко-масштабного использования современных коммуникационных технологий привела к образованию принципиально новых каналов влияния на психику человека. При этом инновационные изменения несут как позитивный потенциал развития общества, так и негативную стрессогенную составляющую своего влияния. Анализируемые в рамках описанных теорий варианты формирования психогений, позволяют заявить о значительном патогенном

влиянии фактора инновации в возникновении большинства перечисленных пограничных расстройств.

Поэтому важно знать основные внешние проявления инновационных психогений, с тем чтобы вовремя оказать квалифицированную помощь в специализированных медико-социальных и психологических учреждениях, в целях предотвращения формирования хронизации расстройств психики у человека и последующей социально-психологической дезадаптации.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Жукова О.А., Парфенов Ю.А., Белов В.Г.,
Парфенов С.А., Шахов Д.В.**

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, факультет прикладной психологии,
кафедра психологии здоровья*

Формирование стрессоустойчивости является залогом психического здоровья человека и непременным условием социальной стабильности, прогнозируемости процессов, происходящих в обществе. Нарастающие нагрузки, в том числе психические, на нервную систему и психику современного человека приводит к формированию эмоционального напряжения, которое выступает одним из главных факторов развития различных заболеваний. В настоящее время на передний план выходит забота о сохранении психического здоровья и формировании стрессоустойчивости современного человека.

В качестве различных факторов, влияющих на устойчивость человека к психическому стрессу, исследователи называют различные явления: значимость события для личности (Л.И.Ермолаева, 1993; Н.Д.Левитов, 1964), субъективная оценка личностью ситуации (Н.И.Наенко, 1975; Ю.Б.Некрасова, 1994; Х.А.Немчин, 1979; М.Тышкова, 1987), ценности человека (К.А.Абульхаиова-Славская, 1991; Л.И.Анцыферова, 1994), личностный смысл (М.Ю.Денисов, 1985; А.О.Прохоров, 1991), психологическая переработка (Л.И.Анцыферова, 1994. и др.), что в совокупности можно назвать теми внутренними субъективными условиями, которые определяют психологическую сущность личности.

Другие факторы, от которых зависит быстрота возникновения того или иного вида стрессового состояния, сила переживаний, особенности поведенческих реакций личности и т. п., характеризуются как физиологические, психические, нейродинамические. К ним относят эмоциональную устойчивость человека (Л.М.Аболин, 1987; Л.А.Китаев-Смык, 1983), индивидуальную выносливость и диапазон функциональных возможностей отдельных систем организма (В.Д.Небылицын, 1976), барьер психической адаптации (Л.П.Грибак, 1989), силу - слабость нервной системы (В.Д.Небылицын, 1976), толерантность личности (Н.Д.Левитов, 1955; Б.М.Теплов, 1985), имеющийся опыт личности в переживании напряженных ситуаций (М.И.Дьяченко, Л.А.Кандыбович, В.А.Пономаренко, 1985; Г.К.Ушаков, 1987).

Однако в этом ряду практически отсутствует рассмотрение факторов социальной поддержки как основы профилактики стресса у лиц с психосоматической патологией.

Результаты литературного анализа, а также проведенного нами исследования показали, что для профилактики и коррекции стресса у человека важен комплексный подход.

При этом одним из важных направлений является разработка технологий формирования стрессоустойчивости с включенной социальной поддержкой.

Социальные отношения играют весьма важную роль в жизни людей, велико их влияние на психологическое благополучие человека. Личностные факторы и личностные предпочтения, несомненно, влияют на то, насколько люди активно включаются в сети социальных связей, на качество их отношений с другими людьми, на то, как они используют социальную поддержку и как эта поддержка ими воспринимается. Групповая социальная поддержка приводит к повышению стрессоустойчивости, а также самоактуализации личности и других личностных параметров. Усиление качеств самоактуализации посредством социально - психологической поддержки, в свою очередь, делает восприятие людей более адекватным, что в целом повышает их стрессоустойчивость.

Социальная поддержка оказывает благотворное влияние, как в обычной повседневной жизни, так и во время стресса. Действие социальной поддержки потенциально может включаться в двух случаях - в ходе оценки стрессора и совладания со стрессом.

Во-первых, она может срабатывать на стадии оценивания стрессора. Во-вторых, социальная поддержка может включаться на стадии преодоления стресса и срабатывать посредством редуцирования воздействия стресса на индивида.

С учетом этого алгоритм применения технологий формирования стрессоустойчивости (ТФС) с включенной групповой социальной поддержкой должен быть представлен личностно-ориентированными, суггестивно-эмоциональными, телесно-ориентированными, когнитивно-поведенческими ТФС, реализованными в виде модулей: 1-й модуль - системной интеграции личности; 2-й модуль - эмоциональной саморегуляции; 3-й модуль - психологической готовности к стрессу; 4-й модуль - развития навыков саморегуляции; 5-й модуль - социальной адаптации и эффективной коммуникации; 6-й модуль - расширения поведенческих стратегий; 7-й модуль - эффективного поведения в стрессовой ситуации. Цель алгоритма - формирование качеств стрессоустойчивости посредством сочетания различных видов тренинга как форм активного психологического воздействия в процессе интенсивного общения в групповом контексте.

Основными задачами алгоритмированного тренинга являются активизация социальной позиции участников группы, реструктуризация и гармонизация их мотивационной сферы, коррекция неблагоприятных состояний, а также развитие процессов социальной перцепции, расширение «каталога деятельности», освоение конкретных приемов и методов эффективного решения проблем в стрессовой ситуации.

При реализации этой программы важно придерживаться следующих правил работы:

1. Основным средством социально - психологической поддержки является обращение к индивидуальному опыту человека совладания с жизненными трудностями, к сформированному в этом опыте навыкам саморегуляции поведения в стрессовых ситуациях, стратегиям поведения в них, - то есть обращению к внутреннему ресурсу человека.

2. Важным аспектом в работе с группами по формированию стрессоустойчивости является активизация личностной саморегуляции: оказание помощи в обнаружении новых и восстановлении прежних ценностей, которые несут в себе позитивную, содержательную нагрузку.

3. Работа в группе должна быть сориентирована на оптимизацию деятельностного уровня саморегуляции, для чего следует осуществлять пошаговую отработку последовательных функций саморегуляции в стрессовой ситуации.

4. Отработка умений саморегуляции должна производиться при постоянном обращении к конкретным ситуациям индивидуального опыта.

5. Важным этапом в работе с группой является диагностический этап. Диагностические процедуры, используемые в рамках тренинговой работы, не только позволяют диагностировать индивидуальные особенности, но и «запускать процессы рефлексии», помогая человеку более ясно осознавать личностные возможности разрешения стрессовой ситуации.

6. Использование результатов диагностирования компонентов субъективного опыта и регуляторных умений позволит сориентировать тренинговые техники на конкретных участников группы, тем самым социально-психологическая помощь будет формироваться соответственно особенностям адресата, с учетом его индивидуально - своеобразного жизненного опыта, в котором закрепились определенные личностные смысловые установки по отношению к себе, окружающим людям, своим достижениям и неудачам.

Таким образом, социальная поддержка оказывает существенное влияние на формирование стрессоустойчивости лиц пожилого возраста с психосоматикой и предотвращение развития кризисных состояний. Ее использование на основании соответствующего алгоритма будет способствовать сохранению здоровья человека и оптимизации его поведения при преодолении стрессовых ситуаций.

С целью профилактики возникновения неблагоприятных состояний у человека в кризисных и стрессовых ситуациях важно его обучать навыкам саморегуляции.

Под саморегуляцией психических состояний человека мы понимаем сложное системное психологическое образование, представляющее собой сознательный целенаправленный процесс воздействия человека на самого себя, проявляющееся в намеренном изменении своего состояния, которое характеризуется целенаправленностью, целостностью, сознательностью, способностью к обеспечению устойчивости психических состояний, обеспечением успешности, продуктивности произвольной активности.

Саморегуляция психических состояний личности осуществляется на таких уровнях, как физиологический, психофизиологический, психологический, социально-психологический, что согласуется с уровневой организацией человека.

Формирование саморегуляции психических состояний личности происходит при задействовании психологических механизмов.

Психологический механизм представляет собой систему психических явлений, функциональных способов, обеспечивающих формирование саморегуляции психических состояний. В качестве основных механизмов формирования саморегуляции психического состояния выступают следующие механизмы: физиологический - настраивание организма и всех его систем (дыхательной, сердечно-сосудистой, мышечной, эндокринной и др.), личности в целом на будущую деятельность, связанную с регуляцией, преобразованием психических состояний; механизм релаксации - произвольное расслабление мускулатуры, сопровождающееся снижением нервно-эмоционального напряжения, направленное на процесс оптимизации психического состояния, его регуляцию, преобразование; рефлексивный - совокупность психических явлений, направленная на самопознание личностью своих психических действий и состояний, их переосмысление и регуляцию, а также преобразование в ходе рефлексивного анализа; мотивационный - совокупность психофизиологических, психических и социальных предпосылок, позволяющая направлять побуждение личности к регуляции, преобразованию психических состояний; волевой - намеренное изменение и создание дополнительного смысла действия, направленное на регуляцию и преобразование психических состояний. Эти механизмы выступают в системе. Базовым психологическим механизмом выступает рефлексивный механизм, связанный с такими производными психологическими механизмами, как мотивационный и волевой.

На каждом уровне саморегуляции психических состояний функционирует свой основной психологический механизм. Так, на физиологическом уровне - это физиологический механизм, на психофизиологическом уровне - механизм релаксации, на психологическом уровне - мотивационный, на социально-психологическом уровне - волевой механизм.

Таким образом, овладение навыками психосаморегуляции человеком, а также социальная поддержка во многом будут способствовать смягчению и предотвращению воздействия кризисных ситуаций и фомирование психосоматики у пожилого человека.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Зубарева О.В., Смирнов С.В., Карибджанян А.П.

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Ожоговая травма является одной из наиболее стрессогенных по угрозе жизни, тяжести соматического повреждения, сложности и многоэтапности процесса лечения. Воздействие вышеперечисленных обстоятельств, длительное пребывание в стационаре, инвалидизация, реакции утраты (горя), а также сочетание и комбинация этих факторов усугубляет переживание тяжёлого стресса, а также приводит к декомпенсации механизма успешной адаптации к стрессу, вызывая развитие у пострадавших развитие тревожно-депрессивной симптоматики.

Психотерапевтами отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств было обследовано 250 пациентов с ожоговой травмой, находившихся на лечении в отделении острых термических поражений в 2007-2010 гг. Изучение структуры психических расстройств проводили клинко-психопатологическим методом с применением психометрических шкал для оценки тревоги и депрессии (HADS, шкала Цунга) в контакте с сотрудниками ожогового центра, которые осуществляли вызов психотерапевта к больному. Тревожно-депрессивные расстройства, развившиеся в рамках реакции на стресс и расстройств адаптации (F 43.20 - 43.25), были диагностированы у большинства обследованных (68%). У 23% пациентов были выявлены депрессии классического типа (F 32 – F 34), у 9% - тревожные расстройства (F 41.0 - 41.9), имевшие место до получения ожоговой травмы. Психотравмирующие ситуации в анамнезе имели место в 18,4% случаев. У всех обследованных отмечался выраженный астенический синдром. Почти на всех стадиях ожоговой болезни (исключая стадию реконвалесценции) у пациентов имел место

выраженный болевой синдром. Наличие постоянной боли в течение суток, особенно сильной во время перевязок, обуславливало чувство страха и отрицательно сказывалось на глубине и продолжительности ночного сна. На этом фоне пациенты сообщали об отсутствии позитивных изменений в своём соматическом состоянии, об ощущении остановившегося времени и бесконечности страданий. В периоде реконвалесценции на первый план у больных с повреждениями открытых частей тела выступала проблема значительных дефектов внешности, причем пациенты обоего пола одинаково тяжело переживали это обстоятельство. Снижение или потеря трудоспособности, утрата престижного места работы в связи с длительной госпитализацией, сопровождались раздражительностью, капризностью, ипохондричностью, пессимистической оценкой происходящего, эмоциональной лабильностью со склонностью к слезам.

Таким образом, особенностями тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ожоговой травмой являлась их взаимосвязь с болевым синдромом, чувством страха перед перевязками и операциями в первые недели госпитализации, а также переживания по поводу утраты социального статуса в периоде реконвалесценции. При наличии аффективных, невротических расстройств и/или психотравмы в анамнезе наблюдали раннее становление и более интенсивное проявление симптомов тревоги-депрессии, что требовало не только помощи психотерапевта, но и назначения специфической психофармакотерапии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЛИЦ С АУТОИММУННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Зыкова С.О.

*Северо-Западный Государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, кафедра психологии и педагогики*

В рамках данной работы были обследованы пациенты с такими аутоиммунными заболеваниями печени (АИЗП) как аутоиммунный гепатит (АИГ) и первичный билиарный цирроз (ПБЦ). Клиническая симптоматика данных заболеваний проявляется в наличии слабости, повышенной утомляемости, кожном зуде, который в процессе заболевания может быть нестерпимым и не поддающимся

ся лечению [4]. Также данные заболевания характеризуются наличием осложнений, к примеру, таких как варикозное расширение вен пищевода, портальная гипертензия, спленомегалия, асцит и т.д., которые в ходе развития заболевания могут привести к летальному исходу больного [1].

Одним из важных методов лечения данного заболевания является операция по трансплантации печени. Так как в листе ожидания трансплантации печени РНЦРХТ в последние годы наблюдаются до 25-40% больных с аутоиммунными болезнями печени, комплексное клиничко-психологическое исследование является очень важным этапом наблюдения больных в листе ожидания [3].

Актуальность данной работы заключается в том, что исследование основных компонентов психологической адаптации дает возможность составить четкое представление о том, как именно больные с АИЗП реагируют и справляются со стрессом болезни, посмотреть на психологическую картину протекания заболевания. Данные полученные в исследовании могут быть использованы для составления оптимального курса лечения, а также для оказания больному более эффективной помощи в адаптационном процессе.

В связи с этим, перед нами была поставлена цель выявить основные компоненты психологической адаптации личности к болезни и лечению при аутоиммунных заболеваниях печени.

В ходе работы было обследовано 49 человек, страдающих АИЗП до пересадки печени, в возрасте от 18 до 60 лет, из них 24 человека с АИГ и 25 человек с ПБЦ. Средний возраст больных АИГ составил 45,29 лет, ПБЦ – 49,56 лет. Среди исследованных больных было: мужчин – 1, женщин – 48 человек.

Исследовались: механизмы психологической защиты (методика «Индекс жизненного стиля»), стратегии совладающего поведения (Копинг-тест Р. Лазаруса), отношение больного к болезни (методика «Отношение к болезни»), личностные характеристики (методика «Большая пятерка»), ценностные ориентации (методика М. Рокича). Также для проведения исследования было разработано клиничко-психологическое интервью.

При исследовании типа отношения к болезни данной категории больных было установлено, что у больных с АИГ преобладает эргопатический ($15,54 \pm 3,265$), тревожный ($13,84 \pm 2,15$) и сенситивный ($18,17 \pm 1,54$) тип реагирования. Эргопатический ($21,12 \pm 2,44$) и сенси-

тивный ($15,52 \pm 1,85$) типы реагирования были отмечены и у больных с ПБЦ. Эргопатический тип реагирования говорит об отсутствии выраженной психической дезадаптации, хотя и с возможным снижением критичности к своему положению, нарушений рекомендаций врача, подчас отрицание наличия заболевания. В свою очередь, тревожный и сенситивный тип реагирования говорят о наличии психической дезадаптации с интрапсихической и интерпсихической направленностью соответственно.

При изучении механизмов психологической защиты было отмечено, что ведущим механизмом как у больных с АИГ, так и у больных ПБЦ является «реактивное образование» (АИГ - $83,04 \pm 4,66$; ПБЦ - $86,36 \pm 3,47$), механизм действия которого состоит в инверсии аффективного компонента отношения. «Отрицание» (АИГ - $76,38 \pm 3,74$; ПБЦ - $70,60 \pm 5,11$) как форма психологической защиты стоит на втором месте, это говорит о том, что некоторые параметры стрессовых ситуаций могут игнорироваться или не замечаться больным.

В ходе рассмотрения стратегий совладающего поведения было выявлено, что больные с АИГ чаще всего прибегают к копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» ($53,50 \pm 2,11$), «дистанцирование» ($57,63 \pm 2,32$) и «принятие ответственности» ($51,33 \pm 2,19$). Вероятно, пациенты оценивают свои личностные ресурсы как недостаточные, и социальное окружение может использоваться больными как возможность найти необходимую информацию, эмоциональную и действенную поддержку. Наравне с этим, больные с АИГ также часто обращаются к стратегии «дистанцирование», что может быть связано с их тревожностью и чувствительностью к своему состоянию, в частности, к своему внешнему виду. Ведущей копинг-стратегией у больных с ПБЦ является «поиск социальной поддержки» ($52,28 \pm 2,36$).

Результаты личностно-характерологических особенностей больных с АИГ и ПБЦ говорят, что как у одной, так и другой группы, наиболее выраженные показатели по шкале «сотрудничество» (АИГ - $32,80 \pm 1,50$; ПБЦ - $34,80 \pm 1,15$). Это свидетельствует о том, что данные категории больных ориентированы на людей, идут на контакт и готовы к сотрудничеству с ними. Стоит отметить, что у больных с АИГ и ПБЦ отмечаются низкие показатели по шкале «эмоциональная стабильность» (АИГ - $19,0 \pm 2,06$; ПБЦ - $21,50 \pm 1,43$),

что может говорить об их эмоциональной неустойчивости, тревожности и беспокойстве.

При исследовании ценностно-мотивационной сферы значимых различий в группах больных АИГ и ПБЦ выявлено не было, но можно отметить их приоритеты при расстановке данных ценностей. Так на передний план выходят ценности, связанные с решением жизненных, повседневных проблем, ценности связанные со здоровьем и работой.

При разделении всех исследуемых больных с аутоиммунными заболеваниями печени по результатам методики ТОБОЛ на две группы – лица с адаптивным и дезадаптивным отношением к болезни, были получены следующие результаты. Так в группе с адаптивным отношением к болезни наблюдаются более доброжелательные и доверительные отношения с близкими людьми (90%), тогда как больные из второй группы отмечают свои отношения с близким социальным окружением как нейтральные (60%). Необходимо обратить внимание на то, что одной из ведущих стратегий совладающего поведения для больных с АИГ и ПБЦ является «поиск социальной поддержки», поэтому можно предположить, что возможно качество отношений больных с близкими им людьми влияет на отношение пациентов к своей болезни.

При изучении взаимосвязи между первой и второй группами и различными личностно-характерологическими особенностями была установлена положительная взаимосвязь между адаптивными типами отношения к болезни и шкалами «экстраверсия» ($0,501^*$) и «эмоциональная стабильность» ($0,598^{**}$, $0,581^{**}$). Была выявлена также и отрицательная взаимосвязь между этими же личностно-характерологическими особенностями и дезадаптивным отношением к болезни. Можно предположить, что адаптивное отношение к стрессу болезни зависит от того на сколько больной эмоционально спокоен и ориентирован на общение с социальным окружением [2].

Рассматривая взаимосвязь между адаптивными/дезадаптивными типами отношения к болезни и стратегиями совладающего поведения, была отмечена отрицательная корреляция между первой группой и такими копингами как «конфронтация» ($- 0,365^*$, $- 0,284^*$) и «бегство-избегание» ($- 0,381^{**}$). Положительная взаимосвязь фиксируется между дезадаптивными типами отношения и копингом «бегство-избегание» ($0,340^*$, $0,433^*$).

На данном этапе вопрос о психологической адаптации больных с АИГ и ПБЦ требует дальнейшего изучения и проработки. Тем не менее, есть основания полагать, что дальнейшая работа в данном направлении и полученные результаты способствуют пониманию причин возникновения тех или иных форм поведения и реакций больного, которые могут мешать установлению контакта «врач-больной». Также можно говорить о возможности прогнозирования рецидивов заболевания, выявлению связи (или ее отсутствия) между психологическим состоянием больного и стабильностью его соматического состояния.

Выводы.

1. Психологические защиты данной категории больных характеризуются неконструктивными механизмами – «реактивное образование» и «отрицание», что приводит к выбору определенных стратегий совладающего поведения - «поиск социальной поддержки», «дистанцирование», «принятие ответственности».

2. У больных с АИГ и ПБЦ отмечается эмоциональная неустойчивость, тревожность и беспокойство, о чем могут свидетельствовать низкие показатели по шкале «эмоциональная стабильность».

3. Большинство пациентов с адаптивным типом отношения к болезни отмечают свои отношения с близким социальным окружением как доброжелательные (90%). Так как ведущей стратегией совладающего поведения для больных с АИГ и ПБЦ является «поиск социальной поддержки», то можно предположить, что качество отношений больных с близкими им людьми влияет на отношение пациентов к своей болезни.

Литература.

1. Czaja A.J., Bianchi F.B., Carpenter H.A. et al. Treatment challenges and investigational opportunities in autoimmune hepatitis // *Hepatology*. – 2005. – Vol. 41. – P. 207–215.
2. Вассерман Л. И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. – СПб.: Речь, 2011
3. Герасимова О. А., Михайличенко Т. Г., Жеребцов Ф. К., Райхельсон К. А., Мительглик У.А. Некоторые аспекты комплексного клинико-психологического исследования больных аутоиммунными заболеваниями печени с исходом в цирроз перед трансплантацией

печени. // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2010. Т.12., №3.

4. Лейшнер У. Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром. – М.: «Анахарсис», 2005

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Иванчук Э.Г., Ростовщиков В.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», г. Волгоград

В последние годы отмечается значительное увеличение числа лиц, страдающих соматизированными расстройствами, в рамках аффективной патологии. Трудности их диагностики заключаются в том, что у данных пациентов на первый план в клинике выступают соматические симптомы, «маскирующие» свойственные депрессивным состояниям проявления сниженного настроения. Такие больные в первую очередь обращаются не к психиатрам, а к врачам других специальностей, просят проводить различные исследования, при которых, как правило, не обнаруживается никакой патологии внутренних органов.

Целью данной работы было клинико-психопатологическое исследование больных с наиболее распространенными вариантами данной патологии и определение дифференциально-диагностических критериев.

Материалом для данного исследования послужили 30 больных в возрасте от 37 до 45 лет, болеющих от одного года до 3 лет, которые проходили лечение в отделении пограничных состояний.

При обследовании все больные были распределены на 3 группы в зависимости от клинических особенностей.

Первую группу составили 8 больных с цефалгическим вариантом соматизированного расстройства. Основными жалобами таких пациентов были упорные головные боли, чаще в лобной области, не связанные с нагрузкой, возникающие после пробуждения и меняющие свою локализацию и интенсивность. Неприятные ощущения в голове усиливаются в утренние часы, а в вечернее время снижаются, что сопровождается улучшением настроения и бодростью.

Во вторую группу вошли 12 пациентов с кардиалгическим типом. Они жаловались на боли в области сердца, нехватку воздуха, перебои, объективно не подтверждающиеся, тахикардию, повышенные артериального давления, постоянную тревогу и беспокойство.

Третья группа с гастралгическим вариантом соматизированного расстройства состояла из 10 пациентов. При их обследовании и расспросе выявлялись симптомы, напоминающие продром желудочно-кишечного расстройства: «пищевой дискомфорт», отрыжку, тяжесть в животе, метеоризм, снижение аппетита, сухость во рту, запоры, колющие боли в правом подреберье, что сопровождалось беспокойством, страхами, что будет выявлено онкологическое заболевание, гипотимией и другими депрессивными синдромами.

Таким образом, проведенная работа показала, что при всех выделенных типах соматизированного аффективного расстройства за многочисленными соматическими жалобами и симптомами маскируется депрессивный фасад, что следует учитывать врачам других специальностей при обращении к ним подобных пациентов.

ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ДЕТЕЙ В ЕГО ЯЗЫКОВОМ КОНТЕКСТЕ

Карпинская Е.М.

*«Детская республиканская клиническая больница»,
г. Чебоксары*

Люди – не единственные животные, способные овладеть «сферой языка» для обеспечения собственного социального существования. Однако лишь людям свойственно создавать в своей языковой координате поведения новую сферу феноменов, а именно – империю языка» (Maturana & Varela, 1987, s. 226). С этой империей связаны две разные плоскости: одна из них – вещи, другая – то, что мы говорим о вещах.

Особенно интересной представляется роль языка при наличии так называемых «жестких фактов», например, когда речь идет о доказанном с точки зрения медицины органическом заболевании. В проблеме хронических заболеваний важно различать два понятия, которые касаются различных аспектов человеческого бытия – болезни и хроничности. Процессы, связанные с заболеванием, мы при-

выкли обозначать соответствующим термином «болезнь». Возьмем, к примеру, тикозные расстройства у детей. Тики — произвольные, неожиданные, повторяющиеся, рекуррентные, неритмические, стереотипные моторные движения или вокализация. Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно могут быть подавлены на различные периоды времени. Тики часто встречаются как изолированный феномен, но нередко сочетаются с эмоциональными нарушениями, особенно с навязчивыми или ипохондрическими феноменами. Большим, а возможно, и решающим отличием окажется то, как будут прокомментированы тики – как «нарушение нейрохимической функции центральной нервной системы» или как «плохая привычка», или как «ребенок перенервничал, переутомился», или же как «ничего страшного пройдет с возрастом». Правда от названия в течении внутренних процессов мало что изменится, однако способ сообщения об этих процессах и их описание постепенно влияет на само заболевание. Чем дольше длится процесс, тем важнее становится разграничение между заболеванием как таковым и беседами о «болезни». Ведь обычная простуда пройдет сама по себе, вне зависимости от наших разговоров о ней. Однако при более длительном заболевании языком могут задаваться определенные решающие направления: как необходимо относиться к болезни и как оценивать и переживать свои возможности. Хроничность означает не только наличие болезни и, соответственно, временного и длительного страдания, но и еще и «разговоры» о болезни с самим собой и с окружающими. Говорить о хроническом заболевании имеет смысл лишь тогда, когда наряду с рутинными буднями болезни удастся выделить специфические, связанные с языком процессы. В этом случае необходимо выделить следующие составляющие околопроблемной коммуникации:

1) для ребенка – это: спроси себя: почему я?, спрашивай себя: что думают обо мне друзья, знакомые и близкие; делай процедуры, злясь на других детей за то, что они могут гулять во дворе; упрекай мать в постоянной опеке; постоянно доказывай себе и другим собственную беспомощность – в связи с этим добейся в школе освобождения от физкультуры; консультируйся у разных специалистов, каждый из которых говорит свое: ты перерастешь это; это психосоматика; с этим придется жить; выкинь все лекарства; если не будешь принимать лекарства регулярно, будет хуже и т.п.;

2) для матери это означает: постоянно жить в переживаниях за ребенка, прислушиваться к малейшим изменениям в его самочувствии; приблизить ребенка к себе настолько, что все остальное и остальные отодвигаются на задний план и здоровье дитя, а точнее его отсутствие занимает свое почетное место в семейной системе;

3) для других детей в семье: это постоянно испытывать зависть к «хронически» больному, которому уделяется повышенное внимание;

4) для специалистов, оказывающих помощь: иметь свою собственную позицию относительно способа терапии и пропагандировать ее; жаловаться на коллег – сторонников или противников нетрадиционной медицины; выступать «за» и «против» психологической поддержки; на конгрессах или в книгах представлять и защищать собственный опыт и мнение, отрицая все остальные.

Такая вереница языковых взаимосвязей показывает, что отношение окружающего мира к болезни во многом формирует языковой контекст вокруг заболевания. Посредством акта «проговаривания» болезнь, в том числе и ее телесные компоненты, становится своего рода «социальным конструктом». Как только это происходит, мы начинаем реагировать и на заболевание как таковое, и на конструируемые вокруг него феномены, с которыми нам впредь придется иметь дело. Задумываясь о способах описания болезни, мы имеем возможность приблизиться к важному вопросу: создает ли модель обсуждения болезни пациентом, его семьей или специалистами «свободное пространство» вокруг проблемы или же наоборот – сужает его? (цит. по: Schlippe et al., 1994).

Таким образом, сказанное можно распространить на системное понимание проблем, рассматриваемых в качестве организующего принципа нашего языка вокруг чего – то, что могло бы существовать или, по крайней мере, выглядело бы совсем иначе без подобной языковой организации. Проблема формирует систему, а не наоборот.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ КОММУНИКАЦИИ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Карпинская Е.М.

*«Детская республиканская клиническая больница»,
г. Чебоксары*

Семья – это социальная система, т.е. комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом. Все поведенческие проявления людей могут рассматриваться как коммуникация. Как уже отмечалось, люди в семье постоянно взаимодействуют друг с другом, постоянно передают друг другу информацию, осуществляют коммуникацию. Не вступать в коммуникацию невозможно, потому что любое поведение, действие, слово, их отсутствие - несет информацию другим, которую они не могут не воспринимать, и не могут не реагировать. В этом смысле коммуникацией выступает, например, отказ от общения, поскольку оно предполагает ряд поведенческих проявлений (таких как молчать, отвернуться, заговорить с кем-то другим, изобразить непонимание, показать, что страдаешь от головной боли или даже в действительности страдать от нее), которые выступают ничем иным, как сообщением об этом отказе другой стороне. Такое понимание дает новую, принципиально иную - по сравнению с интрапсихической интерпретацией - возможность установления смысла того или иного поведенческого проявления человека - в контексте коммуникационной ситуации. Из этого следует фундаментальная идея рассмотрения всякого поведенческого акта человека (например, болезни) не изолировано, а в контексте той системы коммуникации, в которую включен человек, поскольку только в этой системе может быть выявлен его смысл (или иной, по сравнению с интрапсихической интерпретацией, смысл). Таким образом, здесь получает свое обоснование принципиальное понимание симптома: “Симптом рассматривается не как атрибут личности, а как поведение, соответствующее определенному типу взаимодействия” (при этом теория коммуникации отказывается рассматривать эту сопряженность как прямую каузальную, т.е. причинно-следственную зависимость одного от другого, утверждая лишь указанное соответствие).

Каждое сообщение может быть рассмотрено как передающее информацию (собственно коммуникация), а также как несущее информацию о самом общении, в котором оно передается (метакоммуникация). Собственно сообщением выступает та часть коммуникации, которая может быть передана как информационный «сухой остаток» сообщения. Метакоммуникация находит свое выражение в интонациях, выбранном порядке слов, невербальных проявлениях, кинестетике, мимике общающихся и т.д. и т.п.

Существуют два основных вида передачи информации в коммуникации: цифровой и аналоговый. В человеческом общении и передаче информации о взаимоотношениях между людьми используются оба способа. По сути, аналоговый в человеческом общении является вся невербальная коммуникация - т.е. все поведенческие сообщения, которые существуют помимо обмена словесными сообщениями. При этом очевидна дилемма: цифровая информация имеет четкие и универсальные индикаторы, но язык ограничен для выражения всего спектра информации (прежде всего чувств, эмоций), а аналоговый способ ее передачи неточен и приблизителен. Очевидно, что аналоговый способ передачи информации преобладает тогда, когда цифровая передача - прямое «называние» состояния или отношения - невозможны. Так, симптом может быть рассмотрен как аналоговый способ передачи информации о необходимом изменении там, где прямое сообщение, называние невозможно или не принимается.

Особенно часто симптоматически обусловленное поведение (энурез, тикозные расстройства, заикание, энкопрез) используется детьми - как способ отражения нарушенной коммуникации в семье. Мною было проанализировано 30 семей с детьми, страдающими хроническими вышеперечисленными расстройствами. Для этой цели я использовала опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭЖ) включающий 30 пунктов, тестирующих особенности эмоционального поведения родителей, уровень негативных эмоций в родительской семье и родительские коммуникации, индуцирующие отрицательные эмоции у потомков. По результатам проведенного анализа тридцати семей было установлено, что шестнадцать из них (50%) имеют дисфункциональные эмоциональные коммуникации по следующим характеристикам :

1. «Родительская критика» - отражение повышенной критичности по отношению к детям (t-крит= 3,1863, p=0,0035).

2. «Индуцирование тревоги» - отражение повышенной склонности родителей к переживанию тревоги за ребенка (t-крит=3,1435,p=0,0039).

3. «Фиксация на негативных переживаниях» - уровень толерантности родителей к разным формам неблагополучия у ребенка – жалобам, слезам, неудачам (t-крит=2,9176, p=0,0069).

4. «Индуцирование недоверия к людям» - враждебные установки родителей по отношению к чужим людям (t-крит=3,9544,p=0,0005).

5. «Семейный перфекционизм»- стремление родителей поощрять высокие достижения и потребность в совершенстве у ребенка (t-крит=2,0981, p=0,0450).

6. «Сверхвключенность»- стремление родителей быть максимально включенными в жизнь ребенка (t-крит=3,0091, p=0,0055).

А такие показатели, как элиминация тревоги (t-крит=1,1513, p =0,2593) и «внешнее благополучие» вне семьи (t-крит=1,8633,p=0,0729) не являются достоверно значимыми для данной категории выборки семей, предположительно в связи с тем, что эмоциональная сдержанность внутри и вовне семьи свойственна также семьям, где общий показатель дисфункциональности эмоциональных коммуникаций не выходит за пределы нормы.

Таким образом, в родительских семьях, где в последующем дети заболели психосоматическими расстройствами, имеют место дисфункциональные паттерны эмоциональной коммуникации. Стимулирование негативных эмоций (тревожности, сверхконтроля, критичности) сосуществуют с выраженным запретом на их открытое проявление, как в семье, так и за ее пределами. Согласно мнению матерей (участниц опроса), их родители проявляли низкую толерантность к проблемам и неудачам потомков. Эти результаты подтверждают гипотезу об особых паттернах эмоциональных коммуникаций в семьях больных соматоформными расстройствами. Сверхкритичные родители будущего «соматайзера» стимулируют у своих детей отрицательные эмоции, не допуская при этом их открытого выражения, т.к. сами они не умеют осознавать и конструктивно разрешать накопленные психологические проблемы в семье.

Литература.

1. Будинайте Г.Л. Классическая системная семейная терапия и постклассические направления: свобода выбора. - Московский психотерапевтический журнал 2001 № 3, с.79-90.
2. Варга А. Системная семейная психотерапия. , в кн: Основные направления современной психотерапии.- М.: “Когито-центр”, 2000, с. 180-222.
3. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология межличностных коммуникаций. - Спб.: “Речь”, 2000.
4. фон Бергаланфи Л. Общая теория систем, критический обзор, в кн: Исследования по общей теории систем, М, 1969, с. 23-82.
5. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 5-9.

РОЛЬ АФФЕКТИВНОГО КОМПОНЕНТА ПРИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ким А.С., Сараева К.А., Федяй С.О.

*Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии
Кыргызско-Российский Славянский Университет, г. Бишкек, Кыргызстан*

В настоящее время сочетание кожных заболеваний и депрессивных расстройств приобретает особое значение в плане интегрированного подхода к диагностике и лечению. Сочетание тревожно-депрессивных расстройств с кожной патологией часто усугубляет течение и прогноз основного заболевания. (Ишутина Н.П., Раева Т.В.).

Целью исследования являлось изучение структуры аффективного компонента при хронических, резистентных кожных заболеваниях с целью оптимизации процесса диагностики и терапии.

Для решения поставленных задач нами было обследовано 57 пациентов в возрасте от 16 до 50 лет на базе Национального дерматовенерологического диспансера г. Бишкек.

Методы: полужформализованное интервью, оригинальный опросник, стандартизированная шкала для оценки депрессии Цунга, стандартизированная шкала для определения тревоги Спилбергера-Ханина

Из полученных нами результатов верифицировано, что у 42 пациентов повышен уровень тревоги ($73,7\%$, $P < 7,3 \pm 0,2$) как реактивной, так и личностной. У 23 пациентов выявлена умеренная депрессия ($40,4\%$, $P < 3,8 \pm 1,1$), у 17 пациентов выраженная депрессия ($29,8\%$, $P < 2,7 \pm 0,5$).

Заключая вышесказанное можно обобщить, что интенсивность и продолжительность тревожно-депрессивных нарушений при кожных заболеваниях является одним из факторов активизации психофизиологических реакций, обеспечивая хронизацию расстройств. Продолжительность и частота рецидивов кожных заболеваний зависит от преобладания тревожного ($P < 7,3 \pm 0,2$) и/или депрессивного ($P < 3,8 \pm 1,1$; $P < 2,7 \pm 0,5$) компонента. В рамках исследования кожных заболеваний преобладающим аффективным расстройством является депрессия (умеренная $P < 3,8 \pm 1,1$ и высокая $P < 2,7 \pm 0,5$) и тревога ($P < 7,3 \pm 0,2$) для пациентов с хроническим течением заболевания. Регистрация высокого ($29,8\%$, $P < 2,7 \pm 0,5$) и умеренного ($40,4\%$, $P < 3,8 \pm 1,1$) уровня депрессии у большинства пациентов обуславливает целесообразность применения тимоаналептических средств, как одного из способов терапевтических стратегий. Тревожный аффект ($P < 7,5 \pm 0,2$) является одним из патогенетических механизмов формирования маскированных (соматизированных) форм депрессии и требует более целенаправленного изучения.

Литература.

1. Блохина О.А., Ениколопов С.Н., Оруджев Я.С., Судаков С.А. Психологические аспекты самостигматизации больных шизофренией // Психиатрия - 2005 - №1. С. 26-30.
2. Загороднова Ю.Б. К проблеме навязчивых галлюцинаций. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. - №2. – С. 24-28.
3. Блейлер Э. Руководство по психиатрии/ Пер. с нем. – М., изд-во независ. псих. ассоц., 1993. – 542 с.
4. Tansella M. (2002). Utilisation of psychiatric services. In Fast Facts - Psychiatry Highlights 2001-2002 (ed. M.Lader), pp. 7-13.
5. Davis LM, Drummond MF. Economics and schizophrenia: the real cost. Br J Psychiatr 1994; 165 (Suppl. 25): 18s 21.

МЕХАНИЗМЫ СОМАТИЗАЦИИ ТРЕВОГИ

Ковпак Д.В.

*Кафедра психологии и педагогики Северо-Западного Государственного
медицинского университета им. И.И. Мечникова*

В настоящее время отсутствует достаточно полное теоретическое обоснование механизмов перехода психогенных факторов в соматические симптомы. В тоже время эмпирические данные свидетельствуют о наличии подобного явления.

Хроническая гиперстимуляция высшей нервной деятельности психотравмирующими обстоятельствами могут приводить к формированию хронического источника возбуждения как в коре полушарий головного мозга, так и в подкорковых структурах. Регулярное перевозбуждение коры головного мозга передается подчиненным нижележащим структурам: лимбической системе, гипоталамо-гипофизарно-эндокринной оси, симпатической и парасимпатической нервной системам, что и приводит, в последующем, к формированию функциональных нарушений в работе разных органов исполнителей и систем организма.

Гиперстимуляция ВНД может осуществляться как физическими факторами среды, так и психологическими факторами, влияющими на человека через призму его системы отношений. Придерживаясь научного обоснования соматизации психических процессов, следует использовать концепцию первой и второй сигнальной систем И. П. Павлова. Он выделял наши ощущения и конкретные сигналы действительности, называя все это первыми сигналами. Слова же, представляющие эти сигналы в сознании, он называл сигналами сигналов или вторичными сигналами. «Однако, - писал И. П. Павлов, не подлежит сомнению, что основные законы, установленные в работе первой сигнальной системы, должны также управлять и второй, потому что это работа все той же нервной ткани». Эти законы определяют организацию всей психической деятельности и являются универсальными как для сознания, так и для неосознаваемой части ВНД, позволяя не утратить, а транслировать специфику того и другого на единый общий, понятный и технологичный язык.

Естественнонаучное понимание функционирования психического аппарата базируется на принципах динамического стереотипа и первичной/вторичной сигнальных систем, открытых И. П.

Павловым, доминанты, выведенного А. А. Ухтомским и отношением знак/значение раскрытого в теории Л. С. Выготского. Динамический стереотип определяет содержательную сторону психического процесса, доминанта – динамическую, а отношение знак/значение формирует его структуру.

Принцип динамического стереотипа предполагает, что психическая деятельность организована в единые комплексы, называемые обычно привычками (Джемс У., 1890), установками (Узнадзе Д. Н., 1941; 2001), драйвами (Доллард Д., Миллер Н., 1941), кольцом обратной связи (модель Т-О-Т-Е Миллера Д., Галантера Ю. и Прибрама К., 1965), стереотипами (Липман У., 1924), «принцип гомеостата» (Эшби У.Р., 1961), навыками (Бандура А., 1969), функциональной системой (Анохин П. К., 1965). Динамический стереотип формируется, служа определенной цели, однако продолжает своё существование даже в тех случаях, когда возможности её достижения иллюзорны. Нарушение реализации динамического стереотипа, приводит к негативному аффекту. Эволюционный смысл логики функционирования динамического стереотипа был раскрыт в трудах К. Лоренца, четко определившего роль данного механизма в выживании животного. И только сложность психической организации человека, появление сознания (и ошибок на уровне второй сигнальной системы) превратила динамический стереотип не только в средство выживания, но и в потенциальный способ генерирования болезни. Суть принципа доминанты А.А. Ухтомского состоит в увеличении целесообразности и экономности работы психического аппарата. Только в том случае, когда все силы психики и организма в целом брошены на решение одной, наиболее актуальной задачи, эффективность деятельности оказывается оптимальной. Другим важным принципом является раскрытое в учении Л. С. Выготского отношение знака и значения, в котором он раскрывает свои представления о знаково-символической основе сознания и его смысловом строении. Знаки, как известно, лишь представляют состояния, предметы и процессы, но ими отнюдь не являются. Вместе с тем, роль знаков представляется огромной, поскольку именно их связи организуют и структурируют информацию в психике. Отношение сознания и неосознанной сферы мышления открываются в свете учения Л.С. Выготского как сложная структура психического, взятого в целом, где знаки встают «стеной языка» (Ж. Лакан) между терапевтом и

его пациентом, между желанием пациента и его сознательными установками (убеждениями), между означенным (осозанным) желанием и неосозанными установками. Таким образом, как в самом пациенте, так и в терапевтическом процессе формируются дискурсы, отягощенные неисчислимыми ошибками в значении, верификации и причинно-следственных связях.

Данная особенность входит в структуру когнитивного (донозологического) этапа развития заболевания. Характерным для этого этапа является доминирование неотступных, «навязчивых» мыслей, связанных с субъективно значимыми событиями и прогнозами относительно их дальнейшего развития. Постепенно привычные ошибочные мысли, и искаженные представления становятся все более «автоматическими», все менее проверяемыми и критикуемыми. Эти рассуждения, представления и их интерпретации, формируют определенный результирующий вывод в виде негативного прогноза, степень которого резко преувеличена в силу когнитивных (иррациональных) искажений, связанных с наличием у данных больных дисфункциональных иррациональных установок и отношений. У большинства исследованных нами пациентов при тщательном сборе анамнеза и в процессе эксплорации на психотерапевтических сеансах обнаруживалась концепция вероятностных грядущих проблем, доводимая иррациональными искажениями до субъективного представления о «надвигающейся беде», «нависшей опасности». Субъективная интерпретация информации о прошлых и текущих событиях и проекция выводов данной интерпретации на образ будущего, входила в резкую конфронтацию с желательным для пациента вариантом развития событий, причем «желательность» этого варианта носила характер требования и описывалась/подразумевалась в устных отчетах пациентов как вариант «единственно допустимый» и «жизненно необходимый». Так, на наш взгляд, имплицитно проявляли свою работу иррациональные установки перфекционизма, дихотомического мышления и катастрофизации, активно способствовавшие формированию негативного образа будущего.

Процессы прогнозирования, предвосхищения, а также получаемый в результате их действия образ будущего имеет регулирующее значение для поведения и на уровне личностной организации, на что указывали Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская и другие. В психологической науке изучение регуляции

поведения традиционно ведется с привлечением особого внимания к механизмам антиципации. Способность к предвосхищению и опережающему отражению результатов действий на биологическом, физиологическом и психофизиологическом уровне явилась предметом исследований П. К. Анохина (Анохин П. К., 1965), Н.А. Берштейна, И. С. Беритова, Н. Д. Городевой, В. П. Зинченко и ряда других авторов. Анализ механизмов антиципации на уровне деятельности получил развитие в работах Б. Ф. Ломова, Е. Н. Суркова, Н. Д. Заваловой. Акцент на конструировании собственного будущего, устремленности человека в будущее делается во многих зарубежных концепциях личности, таких, например, как «индивидуальная психология» А. Адлера, гуманистическая теория личности Г. Олпорта и А. Маслоу, теория логотерапии В. Франкла, когнитивная теория личности Дж. Келли. Существует множество понятий, используемых в отечественной и зарубежной литературе для описания образа будущего, отношения и переживания личностью своего будущего, например: «временная психологическая перспектива» (Левин К., 1943; Наттин И., 1984; Костенбаум Р., 1984), «принцип гомеостата» (Эшби У.Р., 1961), схема «проба-операция-проба-результат» (Миллер Д., Галантер Ю., Прибрам К., 1960), «акцептор действия» и «предвосхищающее возбуждение» (Анохин П.К., 1965), «временная перспектива личности» (Ковалев В.В., 1988), «жизненная перспектива» (Платонов К.К., 1984; Головаха Е.И., 1988; Абульханова-Славская К.А., 1991).

Страх, тревога и депрессия, формируемые аберрациями работы экспектационных психологических механизмов под влиянием внутриличностных конфликтов являются с нашей точки зрения «первичными». Активация этих проблем с помощью внутренних диалогов, прогнозов, ассоциаций и дискурсивных механизмов создает ситуацию хронической гиперстимуляции организма сигналами опасности и хронической же, в ответ на эту опасность, реакции гипермобилизации. Вторичная фиксация на своих сомато-вегетативных реакциях сама со временем становится достаточно автономным самоподкрепляющимся условно-рефлекторным «кольцом», осознание и взаимосвязь этих реакций с психотравмой утрачивается. Смыкание возникающего «кольца» помогают осуществить зафиксировавшиеся когнитивные ошибки и искажения, такие как предположение о том, что вегетативные ощущения являются тяжелой и угрожающей патологией.

ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ В КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ

**Комекбаева Л.К., Матвеев А.В., Антипина Т.А.,
Антипин С.Г., Игнатьева М.Г.**
СПбУУЭ, Санкт-Петербург

Сохранение или повышение стрессоустойчивости личности связано с поиском, сохранением и адекватным использованием ресурсов, помогающих ей в преодолении негативных последствий стрессовых ситуаций.

Анализ литературных источников показал, что в представлении о мерах преодоления критических ситуаций, исследователи сходятся во мнении, что наилучшим способом является предотвращение, профилактика возникновения этого состояния, ориентация на осознание и конструктивное использование внутренних и социальных ресурсов, потенциалов личности педагога для самовосстановления и накопления как личностных, так и средовых ресурсов совладания.

Особую категорию ресурсов стрессоустойчивости и совладания представляют характер и способы преодоления кризисных ситуаций — стратегии и модели преодолевающего поведения или копинг - стратегии.

Непродуктивные копинг-стратегии, включающие использование неадаптивных мыслительных схем, непродуктивных эмоциональных и поведенческих способов реагирования, являются предпосылками к нарушению здоровья.

Исходя из актуальности данной тематики целью исследования являлось определение особенностей копинг-поведения лиц пожилого возраста в кризисной ситуации.

Всего было обследовано 185 человек в возрасте от 50 до 65 лет.

Для достижения поставленной цели исследования и решения задач по исследованию копинг - стратегий врачей были использованы следующие методики: 1. Опросник стратегий преодоления стрессовых ситуаций (SACS). 2. Опросник «Преодоление трудных жизненных ситуаций» (ПТЖС). 3. «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» («MSPSS»). 4. Кроуна-Марлоу Социальной Желательности Шкала (Crowne-Marlowe Social Desirability Scale, CM SDS).

Полученные данные позволили прийти к следующим выводам.

У пожилых лиц, находящихся в кризисной ситуации, сформирован свой индивидуальный предпочитаемый стиль совладания со стрессом. В наборе его стресс - преодолевающих стратегий присутствует множество предлагаемых окружающей действительностью (обществом, общественным опытом) путей для преодоления стресса. При этом такой человек не отдает предпочтения продуктивным способам совладания.

При этом лица с высокой чувствительностью к кризисным ситуациям показывают меньшую импульсивность, большую социальную замкнутость, меньшую тенденцию прибегать к самомотивации, склонность к большему приему психотропных препаратов.

Лица с высокой чувствительностью к кризисным ситуациям являются контингентом риска саморазрушающего поведения. Формирование у них способов преодоления стресса с преобладанием стратегии непродуктивных, является проявлением деструктивного и искаженного варианта совладающего поведения, что в свою очередь создаёт вероятность возникновения новых стрессов.

Этому может способствовать низкий уровень субъективного восприятия социальной поддержки, оказываемой социальными сетями, неполное использование других ресурсов преодоления стресса, недифференцированное увеличение дистанции межличностного общения.

Использование врачами непродуктивных стратегий совладания снижает гибкость совладающего поведения и адаптационные возможности личности, сужает используемый репертуар стратегий преодоления.

Развитие навыка использования адаптивных копинг - стратегий, расширение спектра используемых ресурсов у врачей может снижать выраженность негативных проявлений эмоционального выгорания, делает совладающее поведение более гибким, расширяет адаптационные возможности и повышает стрессоустойчивость.

Таким образом, существуют различия в использовании копинг – стратегий и ресурсов совладания пожилыми лицами.

Исходя из полученных данных, становится очевидной необходимость своевременной внешней поддержки, укрепляющей

средовые и личностные ресурсы, способствующей социально адаптивному, здоровому функционированию лиц пожилого возраста.

В первую очередь это касается создания программ профилактики формирования неблагоприятных функциональных состояний у пожилых, находящихся в кризисной ситуации, ориентированных на расширение представлений о продуктивных способах преодоления возникающих трудностей, о собственных эмоционально-поведенческих возможностях реагирования в стрессовой ситуации и толерантности к поведению в стрессе других людей.

ОТНОШЕНИЕ К ФАКТУ ПЕРЕСАДКИ ОРГАНА У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ: СМЫСЛ ПРОИСХОДЯЩЕГО И АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ

Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздравоохранения России, г. Самара*

Хроническое, представляющее угрозу для жизни заболевание, выступает как особая ситуация в контексте жизненного пути личности, дает возможность человеку пережить совершенно уникальный телесный (В.В. Николаева, 2009; Т.Д. Василенко, 2012) и духовный (Г.Н. Носачев, 2003) опыт. Нередко приобретение подобного опыта достигается путем непосредственной конфронтации пациента со смертью (И. Ялом, 1999).

Проблемы жизни и смерти ни в одной области медицины так тесно не переплетаются, как в трансплантологии, где смерть одного человека дает возможность продлить жизнь другому. Сопряженность восприятия жизни и смерти в их единении и противопоставлении актуализируют интенсивную потребность в смысле.

Терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ХПН-IV) – состояние, которое требует искусственного поддержания жизни, обеспечивается очищением крови от шлаков посредством диализа, что сказывается на существенном ограничении других сфер жизнедеятельности больного. Пересадка почки в этом случае – лучший альтернативный вариант заместительной терапии. Резкий переход пациента на гемо- или перитонеальный диализ, как правило, сопровождается расстройством адаптации (Ф.

43.2) преимущественно в виде пролонгированной депрессивной или тревожно-депрессивной реакции. В этот период больные часто задаются вопросами: «Как мне теперь жить?», «За что мне дано это страдание?», «Для чего со мной случилась эта ситуация?». Подобного рода вопросы, отражающие по мнению А.Лэнгле (2004) духовное содержание жизни, возникают потому, что человеку легче перенести физическое или душевное страдание, если он понимает его смысл. R.Baumeister (1991) по этому поводу говорил, что страдание стимулирует потребность в смысле.

Наш шестилетний опыт психологической работы в Самарском центре трансплантации органов и тканей с больными, которым была пересажена почка (к настоящему моменту прооперировано 202 человека), показывает, что большинство пациентов предпочитают не высказывать в диалоге с врачом подобные вопросы, имеющиеся у них сомнения и опасения, особенно связанные с мистическим и религиозным мировоззрением, объясняя это тем, что врач может их «не понять», «считать глупыми». Однако, как свидетельствует практика, наличие подобного рода сомнений может повлиять на принятие больным решения об отказе от операции в тот момент, когда уже изъят донорский орган. Данный факт существенно осложняет работу всей трансплантационной бригады.

Своими опасениями пациенты могут поделиться тогда, когда для них создана психологически безопасная ситуация, – во время индивидуальной работы с психологом или групповой сессии, в беседах с духовным наставником.

После трансплантации человеку предстоит учиться жить с «новым» органом. Возникает потребность каким-то образом объяснить произошедшее, придать ему особый смысл, который не ограничивается только лишь ситуацией болезни и лечения. Вопросы, которые возникают у пациентов, решившихся на трансплантацию, во многом отражают духовно-этическую суть проблемы: «Что происходит с душой усопшего человека, ведь один из его органов будет жить дальше в теле другого человека?», «Насколько вообще операция этически правомочна – ведь если человек хочет, чтобы ему пересадили почку (в случае, если трансплантация не родственная), то не получается ли так, что он в определенной мере «желает» смерти другому человеку?»; «Если принять на веру тот факт, что мысль материальна, не получается ли, что именно желание реципиента явля-

ется причиной, приведшей к гибели потенциального донора?». Все это – далеко не полный перечень размышлений больных, готовящихся к трансплантации.

Трансплантация представляет собой ситуацию, когда человек, адаптируясь к новому органу в своем теле не только физиологически, но и психологически, в короткие сроки меняет свои убеждения, систему морально-этических установок и ценностей. Как известно, в ситуации представляющего угрозу для жизни заболевания ведущим мотивом является мотив сохранения жизни (В.В.Николаева, 1987). Именно эта ситуация делает возможным верующим людям, относящимся к разным религиозным конфессиям, согласиться на пересадку органа человека с другими религиозными взглядами. Нам известны факты, когда наши пациенты, исповедующие ислам, после трансплантации ходили в православный храм и заказывали служителям молитвы об упокоении души человека, который стал их донором, а впоследствии становились в общем более толерантными к людям с отличным от них вероисповеданием; убежденные атеисты принимали решение стать верующими людьми и совершали обряд религиозного посвящения; осознавшие «бесполезность» собственного бытия, спешили совершить добрый поступок.

Синдром «чужого органа» в постоперационный период распространен не только в клинике пересадки сердца, но достаточно часто встречается и после пересадки почки. Пациенты озабочены вопросом, «не повлияет ли наличие нового органа на изменение черт характера и судьбы, поскольку орган несет в себе генетическую информацию о другом человеке?».

Конечно, современная медицина давно доказала, что переливание крови или пересадка органа от одного человека другому не оказывает никакого влияния на изменение наследственных признаков, тем более данный факт не может повлиять на изменение личности в целом. Однако в постоперационный период многие пациенты сталкиваются с некоторыми психологическими изменениями, которые они четко фиксируют. Так, у многих меняются вкусовые пристрастия, появляются новые увлечения.

Из 48 обследованных нами в отдаленный послеоперационный период больных 32 человека указали на то, что у них после пересадки органа изменились привычки и личные предпочтения: «...стала слушать тяжелый рок, хотя раньше любила спокойную ин-

струментальную музыку», «...пошла в книжный магазин и сама не понимаю для чего купила обучающее пособие для леворуких людей, хотя всю жизнь была правой», «...полностью сменила свой гардероб – купила много ярких вещей, а раньше предпочитала одежду спокойных тонов», «...вдруг возникла совершенно неконтролируемая потребность писать стихи – и вы знаете, неплохо получается».

Врачи объясняют данный факт сугубо материальными причинами. С медицинской точки зрения данные явления можно объяснить улучшением обменных процессов после пересадки почки, повышением общего энергетического потенциала, что сказывается на функционировании нервной системы, способствует оптимизации когнитивных функций и эмоционального состояния. Расширение социальных возможностей в свою очередь влияет на изменение мотивационно-потребностной сферы личности. Однако пациенты, отмечающие у себя такого рода изменения, склонны приписывать их возникновение влиянию «личности» донора, ищут всевозможные подтверждения данному факту, ссылаясь на философские учения о бессмертии, литературные произведения: «Возможно, тот человек не решил какие-то важные задачи, их теперь предстоит решить мне – ведь душа может переселяться после смерти в другое пристанище, реинкарнация возможна. Только я еще не осознал, что мне предстоит сделать»; «Наверное, именно таким как я отведена особая роль – жизнь по принципу «два в одном». А человечество со временем решит проблему бессмертия, может быть это первый шаг»; «Нет, весь я не умру...».

Во время беседы в постоперационный период все без исключения пациенты, с которыми нам довелось работать, сообщили, что мысленно разговаривают с органом, убеждают его создавать «дружеские отношения», просят хорошо работать. Наличие подобного рода «диалогов» свидетельствует о том, что человек еще полностью не отождествил пересаженный орган со своим собственным телом, не «слился» с ним воедино, не интегрировал его полностью в свое психологическое пространство, воспринимает его как «не свой», имеющий собственную «душу». У некоторых больных отмечались типичные симптомы деперсонализации: «Смотрю на себя – то ли это я, то ли не я, – не могу понять»; «Такое впечатление, что все происходит не со мной, а как будто во сне – только не знаю когда проснусь».

Иногда пациенты утверждают, что они видят во сне человека, которого ранее не знали и предполагают, что это их донор. По праву удивительным был для всей трансплантационной бригады случай, когда два пациента, не контактировавшие друг с другом ни до, ни после операции, которым были пересажены почки от одного донора, почти одновременно сообщили о приснившемся им мужчине, и дали совершенно идентичное описание его внешности.

В.Франкл (1990) считал, что любое заболевание наделяет личностным смыслом для больного человека, и то, как человек справляется с болезнью, показывает, насколько он состоялся как личность. Рогачева Т.В. (2004) показала, что механизмы адаптации к болезни зависят от осознания для личности смысла болезни – состояние бессмысленности может приводить к ухудшению состояния.

Система жизненных смыслов больных после пересадки органа претерпевает изменения, что не может не отразиться на их социально-психологической адаптации. Для изучения ценностно-смысловой сферы личности пациентов, перенесших пересадку почки, и ее влияния на социально-психологическую адаптацию, на базе Самарского центра трансплантации органов и тканей (г. Самара, Клиники Самарского государственного медицинского университета) были обследованы 56 больных с ХПН, перенесших трансплантацию почки в возрасте от 21 до 58 лет (29 женщин и 27 мужчин). Длительность пребывания пациентов на диализе составляла от 1 года до 12 лет.

Методы психодиагностики: методика изучения ценностных ориентаций (М.Рокич); методика смысловых ориентаций (Дж.Крамбо, Л.Махолик, адаптация: Д.А.Леонтьев); методика предельных смыслов (Д.А.Леонтьев, адаптация: В.Ю.Котляков); опросник социально-психологической адаптации (К.Роджерс, Р.Даймонд).

Было установлено, что в постоперационный период снижение социально-психологической адаптации (32,1%) характерно для пациентов с высокими показателями неприятия себя, внешним локусом контроля, склонных к переживанию негативных эмоциональных состояний, у которых в перечне приоритетных терминальных ценностей преобладает наличие хороших и верных друзей. Последнее возможно связано с тем, что у данного контингента больных возрастает потребность в понимании и поддержке со стороны

близкого окружения, и любое невнимание они расценивают как предательство, что усиливает негативные переживания и в целом способствует снижению социально-психологической адаптации.

Для данной группы пациентов характерна уплощенная система жизненных смыслов по сравнению с адаптированными и здоровыми людьми, более низкая смысловая продуктивность, сужение временной перспективы, свернутая система смысловой регуляции жизнедеятельности, пассивная жизненная позиция, преобладание в системе динамических личностных смыслов гедонистической, семейной и коммуникативной категорий. Среди смысловых ориентаций (СЖО) отмечалась низкая ориентация на результат, установлены низкие значения по показателю «Локус-контроля Я».

Высокий уровень социально – психологической адаптации, присущий 48,2% больных, связан с высокими показателями самоприятия и принятия других людей, с внутренним локусом контроля. Следует отметить, что показатели адаптации в этой группе были значимо выше, чем в группе здоровых, что указывает на активизацию адаптивных возможностей личности в ситуации сложного хронического заболевания при наличии соответствующих ресурсов. В структуре значимых терминальных ценностей адаптированных пациентов преобладала интересная работа, то есть профессиональная востребованность в будущем является одним из значимых факторов, который дает возможность легче приспособиться к изменившимся условиям.

Система жизненных смыслов адаптированных пациентов характеризовалась значительно большим уровнем сложности. Ответы, которые они давали, были развернутыми, смысловые цепи разветвленными. В данной группе оказались достоверно ниже значения индекса негативности по сравнению с предыдущей группой, и выше – индекса децентрации и рефлексивности, что указывает на общее позитивное восприятие жизни и значимость в ней других людей, желание лучше понять себя. Пациенты данной группы актуализировали темы экзистенциальной, статусной, семейной, альтруистической, познавательной, коммуникативной категорий. Максимально востребованной оказалась категория самореализации. Наиболее часто в ответах больных звучали темы «Совершенствоваться», «Осуществить себя», «Добиться успеха», «Быть свободным», «Любить», «Улучшить мир», «Делать добро», «Жить ради семьи», «Понять себя», «Понять жизнь».

По данным методики СЖО в данной группе значимо преобладали общая осмысленность жизни, показатель «Цели», «Локус-контроля – жизнь». Пациенты осознавали возможность самим изменить жизнь, были ориентированы на будущее, имели четкие намерения и стремления, считали, что к настоящему моменту им удалось найти призвание и интересные цели.

Ирвин Ялом (1999) полагал, что после «прыжка в смерть» у человека меняется взгляд на жизнь, так как «...сознание смерти обостряет чувство жизни и радикально меняет взгляд на нее» (с.21). Характеризуя свой опыт работы с онкобольными, он подчеркивал изменение у них жизненных приоритетов, уменьшение значения жизненных тривиальностей, обостренное переживание жизненного существования.

О пациентах с ХПН, пребывающих на диализе, можно сказать, что они ежедневно находятся в конфронтации со смертью, искусственно поддерживая жизнь. В трансплантологии сам факт принятия пациентом решения о пересадке органа свидетельствует о борьбе за жизнь, стремлении расширить границы своих измененных болезнью возможностей. Выбор в пользу пересадки почки диализными больными можно рассматривать как усиление конфронтации со смертью, посредством чего при благоприятном исходе достигается выход на новый уровень физического и психологического существования. Приобретаемый в этом случае человеком опыт для многих пациентов сопровождается активизацией смысловой насыщенности жизни, ориентацией на свободу, самопознание, саморазвитие, самореализацию, что в целом способствуют оптимизации адаптационного потенциала личности.

Литература.

1. Василенко Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности // Автореф. дис. докт. психол.наук: 19.00.04 – Мед. психология. – СПб, 2012.
2. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987.
3. Носачев Г.Н., Гусарова Г.И., Павлов В.В. Психология и этика общения с пациентом. – Самара: Перспектива, 2003.
4. Психосоматика: телесность и культура / Под ред. В.В.Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009.

5. Рогозина Т.Д. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ (на материале болезней и нарушений системы кровообращения) // Автореф. дис. докт. психол.наук: 19.00.04 – Мед.психология. – Томск, 2004.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990.
7. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. Т.С. Дабкиной. – М.: Класс, 1999.
8. Baumeister R.F. Meanings of life. New York: The Guilford Press, 1991.

ОСОБЕННОСТИ САМОСОЗНАНИЯ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НА ПРИМЕРЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ)

Куртанова Ю.Е., Степанова Л.В.

*Московский городской психолого-педагогический университет,
кафедра психологической реабилитации, Москва*

В современном мире все больше становится детей, страдающих хроническими заболеваниями. Такой фактор, как болезнь, вносит свои коррективы в жизнь ребенка, влияет на его качество жизни и психическое развитие. Формирование психических процессов и становление личности тесно связаны с самосознанием, а наиболее явно самосознание проявляется в самооценке, в том, как ребенок оценивает себя, свои качества, свои возможности, свои успехи и неудачи.

Изучение нарушений самосознания при заболеваниях представляет собой один из наиболее сложных и наименее разработанных разделов клинической психологии и психиатрии. Между тем, нарушения самосознания наблюдаются при всех изученных формах заболеваний. Процессы самосознания обязательно участвуют в формировании и в механизмах любого расстройства, накладывают отпечаток на клинические его проявления и поведение больных, входят в структуру нарушений психической деятельности на всех этапах заболевания.

Поэтому **цель** данного исследования: выделить особенности самооценки и осознания своего Я детьми с кардиологическими заболеваниями и хронической почечной недостаточностью.

В исследовании применялись следующие методики:

- 1) методика Дембо-Рубинштейн
- 2) КИСС
- 3) Рисуночные методики «Рисунок себя, какой я на самом деле» и «Рисунок себя, каким я хочу быть»
- 4) Методика «Положительные и отрицательные качества».
- 5) Тест Куна
- 6) Методы математической статистики с применением анализа ANOVA, расчета коэффициентов корреляции Спирмена, t-критерий Стьюдента, критерий χ^2 . Статистический анализ проводился с помощью программы SPSS 16.0.

В исследовании принимали участие дети в возрасте 13-16 лет. Выборка состояла из контрольной и двух экспериментальных выборок.

Контрольная выборка – учащиеся школы №3 г. Бронницы, не имеющие в анамнезе каких-либо хронических заболеваний.

Экспериментальные выборки:

1) Пациенты отделения пересадки почки Российской детской клинической больницы (пациенты с хронической почечной недостаточностью (далее ХПН)). Дети находятся в ожидании пересадки почки и нуждаются в аппарате гемодиализа. Во время госпитализации посещают школу при больнице.

2) Подростки из ГУ «Детский санаторий «Быково» МВД России» (кардиологическая и сосудистая патология: порок сердца, ВСД, и ишемическая болезнь сердца). Все подростки находятся на санаторном лечении и получают необходимую медицинскую помощь. Регулярно обследуются врачами и психологами. Посещают школьные занятия при лечебном заведении во время госпитализации, в остальное время посещают общеобразовательные учебные заведения.

Средний возраст испытуемых с ХПН составлял 14,2 +/- 1,2 лет, средний возраст больных с кардиологическими заболеваниями - 13,8 +/- 1,1 лет, средний возраст испытуемых контрольной группы 14,8 +/- 1,1 лет, группы не различались по возрасту ($t=-1,4$, $p=0,2$).

Группы достоверно не различались по полу: в здоровой группе 16 мальчиков и 14 девочек. В группе детей с ХПН: 4 мальчика, 8 девочек. В группе детей с кардиологическими заболеваниями: 11 мальчиков, 7 девочек ($\chi^2=2,3$, $p=0,3$).

Результаты рисуночных методик. При анализе рисунков здоровых детей отмечено, что они более подробные, с мелкими деталями, в отличие от рисунков детей с соматическими патологиями. Изображается человек в полный рост. «Идеальное Я», в основном, описывается через профессиональную идентификацию («врач», «военный»).

Дети с ХПН часто рисуют только лица. Все испытуемые указывают болезненное состояние человека на рисунке «Реального Я». «Идеальное Я» описывается через действия («залезу на вершину горы», «выйду замуж», «буду путешествовать»). Также все дети указывают, что человек «Идеального Я» полностью здоров.

Дети с кардиологическими заболеваниями в рисунках уделяют много внимания внешним признакам. В «Идеальном Я» девочки часто отмечают изменение прически и пластические операции, а мальчики изображают себя с накаченными мускулами. В 50% случаев, так же как и у здоровых детей, «Идеальное Я» изображается через профессию. Всего в 20% случаев – дети с пороком сердца – в рисунке «Реального Я» отмечается наличие заболевания, при этом в «Идеальном Я» не уточняется, что болезнь прошла.

Таким образом, можно предположить, что первостепенным стремлением для подростков с ХПН является избавление от болезненного состояния. У детей с кардиологическими заболеваниями (с более легким соматическим состоянием по медицинским критериям, чем у детей с ХПН) это стремление ниже, детьми о нем не упоминается. Для здоровых подростков основным является профессиональное самоопределение.

Результаты исследования по остальным методикам и выводы.

1. Данные исследования свидетельствуют о наличии особенностей в осознании себя детьми с различными хроническими соматическими заболеваниями.

2. Для подростков, страдающих соматическими заболеваниями, характерно занижение самооценки по сравнению со здоровыми сверстниками. Чем тяжелее заболевание у подростка, тем уровень общего принятия себя ниже. Смотрите рисунок 1:

3. Было обнаружено, что у подростков с хроническими заболеваниями снижена самокритичность. Наиболее низкий показатель отмечается в группе кардиологических больных. Здоровые

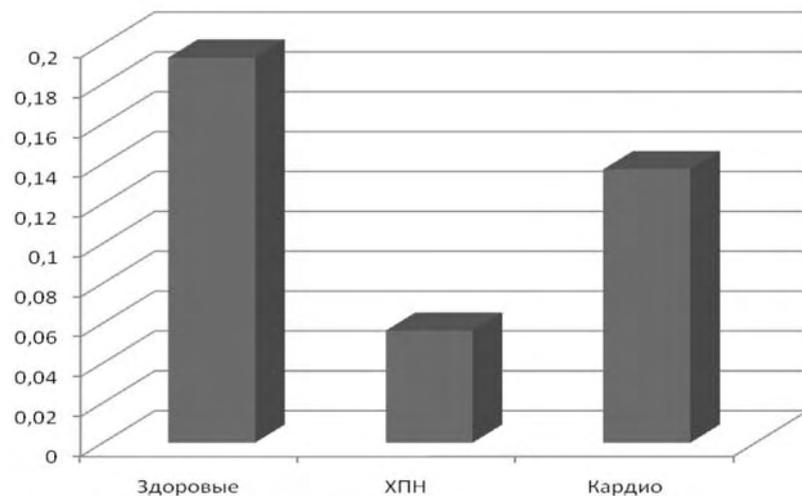


Рис. 1. Средние показатели общего уровня принятия себя для трех групп испытуемых.

подростки, для которых характерен высокий уровень самокритичности, не стремятся к высоким результатам и занижают свой уровень притязаний. В исследовании было отмечено, что снижение самокритичности у подростков с ХПН коррелирует с более высокой самооценкой своего здоровья.

4. У подростков с ХПН высокий уровень принятия себя коррелирует с заниженной самооценкой по параметру «здоровья». Напротив, у подростков с кардиологическими заболеваниями высокий уровень самопринятия взаимосвязан с повышением самооценки своего здоровья.

5. Подростки всех трех групп выделяют различные приоритеты в значимости собственных личностных качеств. В группе здоровых подростков наиболее значим интеллект. В группе больных ХПН – «жизнерадостность». В группе с кардиологическими заболеваниями – «дружелюбие» и «активность». В группе здоровых подростков общий уровень принятия себя и ощущение счастья возрастают с повышением самооценки интеллекта.

6. Корреляционный анализ показывает что, самооценка интеллекта здоровых испытуемых напрямую зависит от их пред-

ставлений о счастье и принятия себя. Также в этой группе отмечено, что повышенная самокритичность (высокий процент отрицательных ответов в тесте Куна) чаще отмечается при низком уровне притязаний по параметрам интеллекта и счастья. Что может свидетельствовать о том, что самокритичный подросток не стремится к высоким результатам.

7. Дети с хроническими заболеваниями разной тяжести имеют различные ценностные ориентации, важные для саморазвития. Для подростков с ХПН характерна рефлексия, познание собственных качеств и физического состояния, а также повышенная эгоцентрическая направленность. Подростки с кардиологическими заболеваниями концентрируют внимание на деятельности, настоящие достижения и поступки. В данной группе была выявлена ценностная направленность на высокий результат.

8. При психокоррекционной работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, необходимо учитывать особенности их самосознания и ценностных ориентаций, связи формирования самосознания с тяжестью заболевания. При этом психокоррекционная работа должна быть направлена на формирование адекватной самооценки, повышение уровня общего самопринятия.

Литература.

1. Боришевский М.И. Психологические особенности самосознания подростка. – Киев: «Вища школа», 1980.
2. Горячева М. А. Влияние самосознания на развитие внутренней картины болезни у детей с судорожным синдромом: Автореф. дис... канд. психол. наук. - Ставрополь, 2002. – 27 с.
3. Иванова В.В. Общие вопросы самосознания личности. М. 2002. 50 с.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. - СПб.: Специальная литература, 1996.
5. Муладжанова Т.Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: Автореф. дис... канд. психол. наук. – М., 1983.
6. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М., 1989.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МИШЕНИ ТЕРАПИИ В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л.

Чувашский госуниверситет, г. Чебоксары

Психологическое исследование 76 больных артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении, позволило выявить у них определенные психотерапевтические мишени. Первый патологический комплекс - перфекционистская сдержанность, характеризуется преобладанием мышления по типу «все или ничего», накоплением негативного опыта. Цель терапии - устранение эмоционального напряжения, изменение дезадаптивных когнитивных оценок и повышение уверенности в собственных силах. Второй патологический комплекс - вынужденная автономность больного, выражающаяся в завышенных требованиях к другим на фоне сохранной саморегуляции, позволяющей им сдерживать эмоции агрессивности и раздражения. Мишенью психотерапии выступает конфликт агрессивности – зависимости во взаимодействии с окружающими. Целью психотерапевтического воздействия является научение больного способности вербализовать агрессивность и осознавать свои потребности.

Психологический фактор парадоксальности оценки социальных ресурсов, выражается в подавлении потребности использовать внешние ресурсы при общей недостаточности социальной поддержки, которая заменяется у больных использованием собственных внутренних ресурсов. В связи с чем, социальная угнетенность, испытываемая больными, является следующей мишенью психотерапевтического воздействия. Целью психотерапии здесь является приобретение умения четко обозначать окружающим свои чувства и потребности, умение получать и использовать внешние ресурсы. Средствами психотерапевтического воздействия является включение социального поля, недирективное отношение психотерапевта, поведенческий тренинг. Проработка страхов, вины, повышение уверенности в себе способствует осознанию подавляемых потребностей и формирует способность к использованию не только внутренних ресурсов, но и принятие внешних ресурсов.

Адаптивными ресурсами личности больных артериальной гипертензией в нашем исследовании стали регуляторная активность и религиозность сознания. Психотерапевтическое воздействие, направленное на развитие способности воспринимать и использовать внешние средства для удовлетворения испытываемых потребностей, способствует дополнению недостающих ресурсов и формированию зрелой личности, что является важным реабилитационным и профилактическим фактором для больных артериальной гипертензией.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СВЯЗИ В ДЕРМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ

Лихонос Л.М., Смирнова И.О., Петрова Н.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет*

Цель работы: анализ динамики психического состояния и качества жизни (КЖ) пациентов с псориазом, получающих стационарное лечение.

Материалы и методы: под наблюдением находились 38 пациентов, получавших стационарное лечение по поводу псориаза. Средний возраст пациентов составил $45,21 \pm 14,76$ лет. Средняя длительность заболевания – $16,77 \pm 13,24$ лет. Исследование проводилось в динамике (при поступлении и при выписке) с использованием клинического, катамнестического методов, Индекса охвата и тяжести псориаза (PASI), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Клинической градуированной шкалы депрессии Гамильтона (HDS), Руководства по оценке психических расстройств в общей медицинской практике (PRIME-MD), Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), Дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и опросника MOSSF-36.

Результаты: значение PASI при поступлении составило $27,59 \pm 13,99$ и соответствовало поражению кожи тяжелой степени. Кроме того у 21% пациентов имелось поражение суставов, у 47% - гениталий, у 71% высыпания локализовались на лице. Стресс как провоцирующий фактор отмечало большинство пациентов – 79%. Частота тревожно-депрессивных расстройств составила

около 50%. Нами был отмечен высокий процент сочетания тревожных и депрессивных расстройств у пациентов. Расстройства личности различной этиологии имели место у 34,21% больных. 47% больных не работало, что 10 из 18 неработающих связывало с распространением псориаза. КЖ всех обследованных пациентов оказалось существенно ниже среднепопуляционных значений (ВАШ, ДИКЖ, MOSSF-36). На момент выписки значение PASI равнялось $11,76 \pm 7,82$ баллам, что соответствовало улучшению кожного статуса на 57,38%. Улучшение показателей психического здоровья (HADS, HDS) составило в среднем 30%. Улучшение КЖ (ДИКЖ) составило также 31,72%. Среди показателей MOSSF-36 наибольший прирост отмечался по шкалам BP, VT, MH. Было обнаружено, что КЖ пациентов (ДИКЖ, MOSSF-36) мало коррелировало ($r = 0,09$; $p \leq 0,05$) с тяжестью кожного процесса (PASI), однако имелась отчетливая связь между уровнем депрессии (HADS, HDS) и КЖ (ДИКЖ, MOSSF-36) больных ($r = 0,56$; $p \leq 0,05$).

Выводы: коррекция психических нарушений сопровождается достоверным улучшением КЖ пациентов. Выявление больных псориазом с психическими нарушениями, требующими специальной коррекции, может быть положено в основу оптимизации лечебно-реабилитационной помощи этим больным.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Мазурова Н.В., Тимофеева А.М.

Научный центр здоровья детей, Москва

Бронхиальная астма - одно из наиболее известных заболеваний, в клинической картине и динамике которого важное место занимают психопатологические проявления. Многие уважаемые авторы отмечали, например, существование определенной психологической картины бронхиальной астмы: повышенная тревожность, сниженная самооценка, особенности поведения и реакции на болезнь. Ученые сходятся во мнении, что терапия бронхиальной астмы требует скоординированных действий со стороны врачей и специалистов психолого-педагогического профиля.

В Лаборатории специальной психологии и коррекционного обучения НЦЗД РАМН регулярно проходят диагностическое обследование и реабилитацию дети и подростки с бронхиальной астмой. В течение трех лет обследовано более 400 человек. Возраст детей: от 7 до 17 лет. В группе катamnестического наблюдения - 85 человек. Эти дети и подростки регулярно проходят комплексную медико-психолого-педагогическую реабилитацию.

Нами были изучены специфические психологические особенности детей и подростков с бронхиальной астмой, выделены отличия в эмоциональном состоянии детей в зависимости от этиологии заболевания, длительности его течения, возраста, обоснована необходимость психолого-педагогической помощи.

Результаты клинико-психологических исследований свидетельствуют о несформированности специфических механизмов психологической защиты у детей и подростков с бронхиальной астмой. В пользу этого говорят и данные о сознательном выборе больными детьми таких копинг-стратегий, как «сохранение самообладания» и «активное избегание». Склонность к блокированию внешнего выражения эмоций чаще всего приводит к замещению их симптоматикой своего заболевания, усилением тяжести болезни.

К больному ребенку не предъявляются те требования, которые обычно предъявляются к здоровым детям. Вынужденная пассивность, отсутствие условий, в которых нужно принимать решения, настороженность, страх перед болезнью способствуют формированию зависимости от взрослых, от внешних обстоятельств. Формируется так называемый «эффект выученной беспомощности».

На пациента, страдающего астмой, сильное субъективное воздействие оказывают страх смерти от удушья во время приступа, частое повторение астматических явлений и недостаточный по длительности эффект от терапии.

В закреплении тревожности как личностной черты большое значение имеет стаж заболевания. Сниженный фон настроения отмечается у детей уже в начале заболевания. Через некоторое время усиливается депрессивное настроение и, как правило, усугубляются соматические нарушения. Однажды установившиеся отношения в коре головного мозга фиксируются благодаря условно-рефлекторным связям. Сильное волнение, радость, горе, даже воспоминания о приступе могут вновь спровоцировать приступ.

На финальном этапе закрепляется патологический тип эмоционального реагирования. Достаточно минимального отрицательного воздействия на организм, чтобы обострилось заболевание или ухудшилось состояние больного. Работает стереотипная психологическая схема. Пусковым механизмом обострения болезни становится уже не столько аллерген, сколько психологический дискомфорт ребенка. У этой группы детей, как правило, астма развивается непрогнозируемо, имеет затяжной или тяжелый характер. Часто возникающие астматические приступы создают состояние гипоксии для ЦНС. У детей с бронхиальной астмой наблюдается снижение замыкательной функции коры, слабость активного торможения. Таким образом, формируется жесткий «порочный круг», из которого без специализированной помощи ребенок и его семья не смогут вырваться.

При разработке содержания коррекционных мероприятий, выборе способов и приемов коррекции сотрудники лаборатории руководствуются основными положениями теории Л.С.Выготского о сложной структуре дефекта, теории высшей нервной деятельности И.П.Павлова, теории динамической локализации функций А.Р.Лурия, П.К.Анохина и теории деятельности А.Н.Леонтьева.

Целью психологической коррекции является предупреждение возникновения патологического процесса дезадаптации, профилактика психологических нарушений, оказывающих отрицательное влияние на течение заболевания.

Выбор направлений, методов и стратегий работы в каждом конкретном случае определяется в зависимости от возраста ребенка, тяжести состояния, длительности лечения, личностных особенностей, социальной ситуации развития.

Наиболее благоприятное воздействие на психическое и физическое состояние здоровья оказывают следующие методы работы:

1. Методы рациональной психотерапии. Целью рационального воздействия является информирование больного о причинах заболевания, о формах проявления, об особенностях течения и возможных способах лечения. Особенно важно такое разъяснение для подростков, у которых выявлен дебют заболевания, так как это снижает высокий уровень тревожности и позволяет переключить больного на активные действия, создавая адекватное отношение к болезни, а также помогает сформировать необходимое сотрудничество с врачом.

2. Методы арт-терапии (рисуночная терапия, лепка, аппликация, конструирование).

3. Методы музыкальной терапии. К настоящему времени накоплены многочисленные объективные доказательства регулирующего влияния музыки как на состояние центральной и вегетативной нервной систем, так и психической сферы. Методы с использованием музыки относятся к легко воспроизводимым и не дают осложнений и побочных эффектов. Применение методов музыкальной терапии и арт-терапии, не требующих активации волевых усилий, особенно актуально при тяжелом течении аллергических заболеваний или выраженной депрессивной настроенности ребенка.

4. Методы семейной психотерапии. Использование методов семейной психотерапии необходимо для разрешения личностных конфликтов детей и подростков, служивших основой формирования нервно-психических расстройств. Воздействие на личность больного осуществляется путем изменения взаимоотношений между членами семьи, с учетом выявленных семейных характеристик.

Совместная работа врачей и психологов обеспечивает пациенту с бронхиальной астмой комплексную помощь, основанную на знаниях не только механизмов развития болезни, но и психологического состояния ребенка, что в итоге положительно сказывается на контроле бронхиальной астмы, а, следовательно, на повышении качества жизни ребенка и его семьи.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНОГО, ПОСТРАДАВШЕГО ПРИ АВАРИИ ЧАЭС, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРУЮ ЛУЧЕВУЮ БОЛЕЗНЬ IV КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ И МЕСТНЫЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ I-IV СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Метляева Н.А.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»*

Цель. Клинико-психофизиологическая оценка особенности социально-психофизиологической адаптации больного ОЛБ крайне тяжелой степени Т.А.М., пострадавшего в аварии

ЧАЭС (24 года наблюдения), по данным его индивидуальной психической адаптации и периодов стадийности его психической адаптации.

Материал и методы: Т.А.М., 1962 года рождения, работал машинистом-обходчиком на ЧАЭС, образование средне-техническое, 26 апреля 1986 года исполнял не в свою смену обязанности дежурного слесаря. В апреле 1986 года, в возрасте 24 лет, в результате аварии ЧАЭС, перенес ОЛБ IV крайне тяжелой степени от относительно равномерного внешнего гамма-бета облучения, костно-мозговой синдром IV ст. (доза на костный мозг 9,8 Гр), местные лучевые поражения: артериальная облитерация обоих глаз, множественные телеангиоэктазии, фиброзно-атрофические, рубцовые изменения кожи Астенический синдром. Хронический гепатит смешанной этиологии (алиментарно-токсический с HCV+) с умеренной активностью процесса и внутри печеночным холестазом. Базелиома кожи левого бедра, после иссечения 01.12.2008 г. Диффузно измененный зуб II ст., эутиреоз. Злоупотребление алкоголем около 5 лет, особенно заметное последние 3 года.

Психологическое обследование Т.А.М. с использованием теста ММРІ, теста Кеттелла, Равена, сенсомоторных реакций проводилось в динамике в 1999, 2000 и 2002 году. Клиническое наблюдение за больным проводилось в течение 24 лет (1986-2010гг.).

Результаты. Усредненный профиль многостороннего исследования личности (ММРІ) Т.А.М. и динамика показателей по годам наблюдения (1999, 2000, 2002 г.) превышают границы популяционной статистической нормы (<70>30) на шкале Т-баллов и свидетельствуют о перенапряжении психической адаптации Т.А.М., перенесшего ОЛБ IV крайне тяжелой степени и множественные местные лучевые поражения I-IV степени (рис. 1).

Динамика эмоционального напряжения и напряженность его психической адаптации (тест Кеттелла) соответствуют удельному весу нарушений психической адаптации, характерному для периода адаптационного утомления.

Выявлена тенденция к появлению личностных черт у Т.А.М. в виде апатической депрессии (1999 г.), с переходом в тревожную депрессию (2000 г.) с соматизацией тревоги и проявлению черт классической тревожно-депрессивной личности (2002 г.) с низким энергетическим потенциалом.

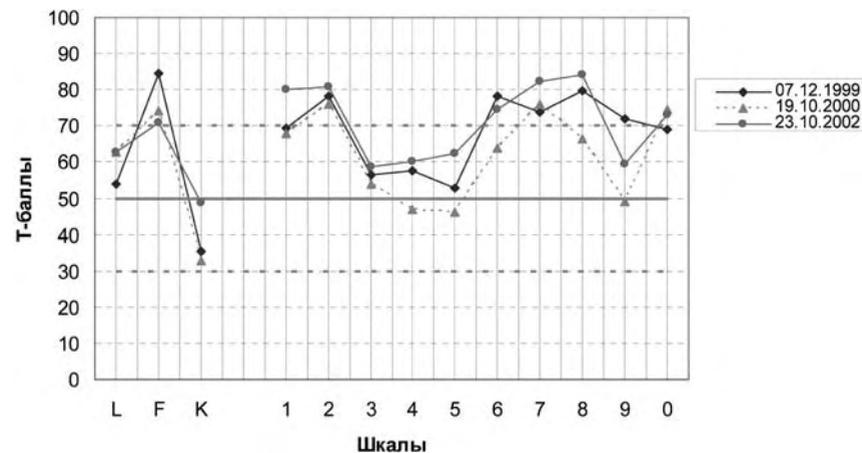


Рис. 1. Психологический профиль многостороннего исследования личности (ММРІ) больного Т.А.М. с отдаленными последствиями ОЛБ IV ст. тяжести, пострадавшего в аварии ЧАЭС, за период 1999-2000-2002

Шкалы достоверности: L – лжи, F – надежности, K – коррекции
Основные шкалы ММРІ: 1Ns – ипохондрии, 2D – депрессии, 3Hu – истерии, 4Pd – психопатии, 5Mf – мужественности, женственности, 6Pa – паранойи, 7Pt – психастении, 8Sch – шизофрении, 9Ma – мании, 0Si – интроверсии.

На период психофизиологического обследования сохранялись относительно высокие показатели интеллекта (фактор В-7 стен) и хорошее образно-логическое мышление – тест Равена (одна ошибка).

Скорость простой и сложной сенсомоторной реакции и реакция на движущийся объект в норме, но отсутствие точности совмещения из-за выраженной тревожности, свидетельствует о недостаточности его реальных функциональных резервов, способных обеспечить эту точность.

Эффективность психофизиологической адаптации зависит не только от дозы облучения и тяжести перенесенного заболевания, но в большей мере от преморбидных свойств личности пострадавшего, генетических особенностей его со склонностью к алкоголизации, которые имеют важнейшее значение для обеспечения не только биологических свойств, лежащих в основе физиологических аспек-

тов адаптации, но и особенностей социализации, от которых зависит и собственно психическая, и социально-психологическая адаптация и социально-трудовая установка.

Выводы. Индивидуальные особенности психофизиологической адаптации Т.А.М. и его выраженные личностные черты, в значительной мере определили его поведение и смерть от алкогольной интоксикации больного, практически восстановившегося после облучения в дозе 9,8 Гр.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ОСОЗНАВАНИЕМ С ОПОРОЙ НА ТЕЛО

Нестеренко М.Ю., Жукова О.А., Воробьева Н.В.

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, факультет прикладной психологии,
кафедра психологии здоровья*

Лечение психосоматических расстройств требует специальных подходов с использованием психотерапевтических методов. В последнее время наблюдается тенденция к интеграции различных методов и подходов. Один из интегративных подходов – психокоррекция осознанием с опорой на тело, помогает эффективно и в короткие сроки осуществлять лечение психосоматических расстройств.

В современной психологии и психотерапии наблюдается стремление к пониманию организма человека как целостной системы. Целостный или холистический (от. англ. the whole – целый, целостность) подход подразумевает взаимосвязь всех функций организма, рассматривает личность как целое, во всех ее ипостасях: психика, тело, чувства, мышление, моторика и т.д.

Целостный подход лег в основу психокоррекции осознанием с опорой на тело. В данном подходе используется понятие *целостного осознания*, которое отличается от *знания*, полученного из источников информации. Достичь его можно путем движения по четырем направлениям: осознание тела, осознание чувств, осознание образов и осознание мыслей. Эти направления называются «Квадранты осознания».

Психокоррекционный подход «Осознание с опорой на тело» построен на основе интеграции основных положений гештальт-терапии и телесно-ориентированной психотерапии. Особенности подхода являются следующие положения:

1) психолог работает только по запросу клиента, запрос формулируется в позитивной форме; формулирование запроса клиентом является подтверждением его желания измениться;

2) диалог психолога с клиентом происходит с опорой на тело (клиент по просьбе психолога обращается к своим ощущениям в теле и сообщает о них);

3) целостное осознание: осознанность телесных ощущений, образов, эмоций и мыслей создает основу для понимания самого себя и других людей;

4) осознанность характеризуется: на телесном уровне – расслабленность, комфорт; на уровне образов – динамика в сторону положительных образов; на уровне эмоций – положительные эмоции; на когнитивном уровне – позитивные мысли;

5) в ходе психокоррекционного процесса могут использоваться эмпатические прикосновения психолога к зонам мышечных напряжений;

6) каждый случай – уникальный, поэтому психолог не обобщает и не интерпретирует;

7) психолог в работе с клиентом обязательно имеет помогающую мотивацию.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНУЮ СФЕРУ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД ОЖИДАНИЯ РЕБЕНКА

Николаева Н.В.

Академия Сферы Социальных Отношений, Москва

На сегодняшний день, учитывая бурное развитие такой отрасли психологической практики, как психологическая помощь матери и ребенку (коррекция развития ребенка и материнско-детского взаимодействия), считается необходимым исследование психологических особенностей беременных женщин с разных точек зрения. Изучение психологических особенностей женщин в период беремен-

ности, выявление взаимосвязей между личностными особенностями, характером ситуативных страхов ожидания, тревожностью и другими параметрами позволяет решать значительное количество практических вопросов, связанных с проблемами психологической адаптации и психологической коррекции состояний беременных женщин, особенно имеющих в своем анамнезе психосоматическое заболевание.

Для разработки комплексной программы по сопровождению женщин с психосоматическими заболеваниями в период вынашивания ребенка, необходимым явилась диагностика психологических особенностей данной категории женщин. В качестве объекта исследования выступили женщины в период вынашивания ребенка. Экспериментальную группу составили женщины, имеющие в анамнезе такое психосоматическое заболевание как нейродермит. В контрольную группу вошли практически здоровые беременные женщины.

В соответствии с поставленными в работе задачами и выбранным предметом исследования были отобраны следующие психодиагностические методики: 1. Методика «Индекс жизненного стиля» (ИЖС). Цель: выявление ведущего защитного механизма у женщин в период беременности. 2. Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера. Цель: Выявить уровень общей интернальности, так как он имеет взаимосвязь со степенью выраженности страхов беременной женщины. 3. Методика диагностики уровня реактивной и личностной тревожности Спилберга Ч. Д. и Ханина Ю. Л. Цель: выявление уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика личности). 4. Торонтская алексимическая шкала (адаптирована в институте В.М Бехтерева) Цель: определить уровень алекситимии беременной женщины.

Изучение уровня личностной и ситуативной тревожности беременных женщин с психосоматическим заболеванием показало, что групповой показатель личностной тревожности (ЛТ) у всех женщин нашей группы – у беременных с психосоматическими заболеваниями и у практически здоровых беременных женщин, значительно отличается от показателей ситуативной тревоги (СТ) – он выше, в то время как СТ в основном находится на оптимальном уровне. Соответственно, можно утверждать, что в данном случае повышенный уровень тревожности является, т.н. ”издержкой состо-

яния” женщины в данный период (беременность), и является нормой. Не смотря на то, что показатель СТ в обеих подгруппах находится на оптимальном уровне, среди женщин с психосоматическим заболеванием он, все же, приближен к верхней границе (граничит с повышенным уровнем). Так же у женщин с психосоматическим заболеванием он на значимом уровне выше ($p < 0,05^*$), не смотря на тот факт, что в обоих случаях показатель соответствует норме.

Результаты исследования уровня субъективного контроля говорят нам о том, что у всех женщин показатели ниже нормы (5.5 балла в среднем по группе), соответственно, можно говорить о том, что женщины в период беременности больше склонны к экстеральному типу поведения. Исследование самооценок людей с разными типами субъективного контроля показало, что люди с низким уровнем УСК характеризуют себя как эгоистичных, зависимых, нерешительных, несправедливых, суевливых, враждебных, неуверенных, неискренних, несамостоятельных и раздражительных [Дж.Роттер, 1974]. Вряд ли вся выборка обладает такими характеристиками, скорее можно предположить, что именно беременность оказывает такое сильное влияние на женщину.

Значимые различия между контрольной и экспериментальной группой выявлены при рассмотрении показателя уровня субъективного контроля в отношении здоровья и болезни «ИЗ». Среднее значение уровня интернальности в отношении здоровья и болезни у беременных женщин контрольной группы равно 4, что свидетельствует об экстеральном типе контроля. Среднее значение у представителей экспериментальной группы равно 5.2, что наиболее приближено к норме (норма-5.5) и свидетельствует о более гибкой локализации контроля над ситуацией. Это значит, что люди с экстеральным локусом контроля склонны, не искать причины возникновения каких-то ситуаций в себе, в своих поступках, обвиняют других людей или обстоятельства. В отношении здоровья и болезни считают здоровье и болезнь результатом случая и надеются на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Таким образом, женщины экспериментальной группы (беременные с наличием психосоматического заболевания) обладают более гибкой локализацией контроля в отношении здоровья и болезни, то есть разделяют ответственность за свое состояние со своими

собственными поступками, действиями, образом жизни и действиями других людей. ($p < 0.01^{**}$).

Следующей задачей исследования являлось изучение особенностей психологических защит беременных женщин с психосоматическим заболеванием. Человек может пользоваться всем арсеналом защит, но те, которые получили больше баллов – ярче выражены и, соответственно, используются чаще. В данном случае все беременные используют «отрицание» - эта защита стоит на первом месте в обеих подгруппах (в экспериментальной группе 68%, а в контрольной 77% от общего числа). То есть, при возникновении затруднительных ситуаций, женщины склонны отрицать некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства, либо отрицается какой – либо внутренний импульс или сторона самой себя. Действие этого механизма защиты проявляется в отрицании тех аспектов внешней реальности, которые, будучи очевидными, для окружающих, тем не менее, не принимаются, не признаются самой женщиной. Иными словами информация, которая тревожит, и может привести к конфликту, не воспринимается. Можно сказать, что женщины в период беременности с такой доминирующей защитой как отрицание склонны исказить восприятие действительности. На втором месте среди практически здоровых беременных женщин стоит механизм психологической защиты по типу вытеснения 20%. Вытеснение – это такая психологическая защита при которой вытесненные (подавленные) импульсы, не находя разрешения в поведении, тем не менее, сохраняют свои эмоциональные и психовегетативные компоненты. Чаще всего вытесняются свойства, личностные качества и поступки, и поступки, не делающие личность привлекательной в глазах самой себя и других. При этой защите психотравмирующие обстоятельства или нежелательная информация действительно вытесняется из сознания человека, хотя внешне это может выглядеть как активное противодействие воспоминаниям и самоанализу. Среди беременных женщин с психосоматическим заболеванием – на втором месте стоит психологическая защита «компенсация» 20%. Это защита проявляется в попытках найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка, дефекта чаще всего с помощью фантазирования или присвоение себе свойств, достоинств, ценностей поведенческих характеристик других людей.

Проанализировав полученные данные по Шкале Алекситимии, (алекситимия – это сниженная способность или затрудненность вербализации эмоциональных состояний) в контрольной и экспериментальной группе были получены следующие результаты. В среднем, беременным женщинам нашей выборки присущи повышенные значения данного показателя, но находящиеся в диапазоне средних значений (70,53 балла среди практически здоровых беременных женщин, и 71,97 баллов среди женщин с психосоматическим заболеванием). Таким образом, в период ожидания ребенка как практически здоровые женщины, так и женщины с психосоматическими заболеваниями частично испытывают трудности в описании и определении собственных переживаний, чувств, однако они имеют достаточно развитое воображение и пытаются анализировать свои внутренние переживания. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу.

Если исходить из данных представленных психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева, которые указывают на то, что средние показатели алекситимии у здоровых людей соответствуют $59,3 \pm 1,3$ балла, а у лиц с психосоматическими заболеваниями – $72,09 \pm 0,82$ балла, мы получаем, что практически здоровые беременные женщины имеют более высокие показатели по данной шкале, чем указано в нормативе (70,53), а показатель женщин с психосоматическими заболеваниями – остается в нормативном диапазоне для лиц с психосоматическими заболеваниями (71,97).

Итак, по результатам данного исследования можно сделать вывод, что беременные женщины, имеющие психосоматическое заболевание, обладают некоторыми психологическими особенностями, но их не так много, как могло бы быть, если бы в исследовании участвовали люди с психосоматическим заболеванием и просто относительно здоровые люди. Видимо, беременность оказывает настолько сильно влияние на женщин, как с психосоматическим заболеванием, так и относительно здоровых. И если женщина с заболеванием нейродермит обладала и до беременности повышенными характеристиками по уровню тревожности, алекситимии и другим характеристикам, то относительно здоровые женщины, приобрели эти характеристики во время беременности.

ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Новикова И.А.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В последние десятилетия проблема психосоматических расстройств, их причины возникновения, диагностика, лечение и профилактика является объектом исследования специалистов самого различного профиля (врачей общесоматического профиля, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов).

Целью нашего исследования явилась разработка методики диагностики психосоматических расстройств в общесоматической практике.

В ходе исследования нами была разработана компьютерная версия методики «Индекс ментальной экологии личности» (Патент на изобретение № 2347528 РФ). Данная методика включает 3 блока: I блок «Оценки психогенеза», состоящий из 156 вопросов (психическая составляющая качества жизни; факторы, влияющие на психическое здоровье, а также признаки 21 наиболее распространенного психического расстройства (невротические, психосоматические, зависимые)); II блок «Оценки социогенеза», содержащий 48 утверждений (социальная составляющая качества жизни и особенности негативного влияния социальных факторов на здоровье человека); III блок «Оценки соматогенеза», включающий 48 утверждений (соматическая составляющая качества жизни, а также факторы, влияющие на соматическое здоровье (биологические, наследственные и др.).

Было проведено обследование 60 пациентов с психосоматическими расстройствами; из них 30 пациентов с гипертонической болезнью 2 стадии (ГБ) (ср. возр. – 44,1±2,14 лет) и 30 пациентов с соматоформным расстройством (СР) (ср. возр. – 43,3±2,20 лет). Установлено, что значения ИМЭЛ у больных с психосоматическими заболеваниями составили 46,08±1,97 баллов, что говорило о наличии психических нарушений. У больных самыми низкими были показатели соматогенеза и психогенеза, что указывало на наличие хронического заболевания, вызванного психоэмоциональными переживаниями. Среди факторов, влияющих на состояние здоровья пациентов, наиболее часто были отмечены факторы: информаци-

онные, социальные, профессиональные, культурные. Среди возможных расстройств у больных высокие значения имели такие расстройства как: синдром эмоционального выгорания, стрессовые и посттравматические стрессовые расстройства, социально-стрессовые расстройства. У пациентов с ГБ выявлены более неблагоприятные значения по соматогенезу ($p < 0,001$), а с СР – по психогенезу ($p < 0,01$). У пациентов с СР отмечались более благоприятные значения по социогенезу ($p < 0,001$), что указывали на их лучшую социальную адаптированность.

Разработанную методику можно использовать врачам общесоматической практики для выявления предрасположенности человека к возникновению психосоматических заболеваний и факторов, влияющих на здоровье.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К СИНДРОМУ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Обидин И.Ю.

Кафедра психологии и педагогики СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Согласно мнению А.Р. Лурия (1971) любое заболевание в своей этиологии имеет психологический фактор. Послеродовая депрессия являет собой новую ранее глубоко не изученную проблему как для врачей, акушеров так и для психиатров и медицинских психологов. Распространенность синдрома послеродовой депрессии (СПД) колеблется от 10 до 15 %. До последнего времени послеродовая депрессия не признавалась как отдельная клиническая единица, тем не менее, она обладает особыми специфическими клинико-психологическими характеристиками в большей степени характеризующими мать: полное нежелание обращаться за помощью, высокий уровень тревоги и социальная дезадаптация (Rousseau S., 2007).

Схематически выделяют 2 группы матерей наиболее склонных к СПД: первым свойственны конфликтные отношения с собственной матерью; трудности принятия некоторых аспектов собственной сексуальности и материнства; вторым: трудно избавляться от неприятных переживаний, они считают, что не способны контролировать события собственной жизни, и у таких женщин час-

то в анамнезе имеется перенесенная депрессия. Также установлена связь между СПД и постродовой хандрой, алкоголизмом и депрессией у их матерей (O'Naга, 1998).

Можно говорить о том, что совокупность различных психотравмирующих факторов (как на прямую связанных с материнством, так и не связанных) повышает риск возникновения послеродовой депрессии. Риск ее возникновения среди молодых матерей от 14-до 18 лет выше чем у взрослых женщин.

Указывается на различные аспекты лежащие в основе СПД: нарциссическая родительская конфликтность - в виде отсутствия идентификации себя с образами родителей; конфликт между слишком высоким идеалом матери и «Я»; конфликт при невротическом типе функционирования – когда мать прибегает к множеству материнских образов, для устранения внутриличностного конфликта, вызывающего тревогу и проективная идентификация матери с бессознательно значимыми образами агрессивного и излишне требовательно ребенка. (Cramer В. и PalacioEspasa F., 1998).

Малая эффективность фармакотерапии и высокие показатели эффективности применения когнитивно-поведенческих методов психотерапии при лечении СПД подтверждают значительную роль клинико–психологических характеристик, преморбидных личностных особенностей матерей, страдающих послеродовой депрессией.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ В КОНТЕКСТЕ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ

Одинцова В.В., Дмитриева В.А.

Санкт-Петербургский государственный университет

Многогранность проблемы эмоционального благополучия предполагает разные подходы к ее пониманию: как проблема здорового поведения, адекватного функционирования, временного равновесия и своевременного разрешения постоянно возникающих конфликтов, развития и достижения зрелости и психологического благополучия, понимания собственной внутренней сущности и аутентичности.

Эмоции выражают активную сторону существования человека, отражают его направленность, установки, позволяют понять характер связи между телом и средой, а также между телом и психикой, облегчают целенаправленное поведение, выявляет «истинное его существо» [8, с. 554].

Эмоциональное благополучие связано со способностью осознавать свои переживания, понимать их смысл и со способностью к эмоциональной регуляции. Авторами экзистенциально-гуманистического и онтопсихологического направлений (Роджерс К., Мей Р., Менегетти А., Бьюдженталь Дж. и др.) отмечалось, что феноменальное поле переживаний зачастую не идентично полю сознания. Большинство не имеет свободно доступа к своему «подлинному центру» [1]. За счет ценностей интроецированных или перенятых от других (а не усвоенных в непосредственном жизненном опыте) происходит искажение восприятия, ведущее к искаженной символизации [7, с. 509]. Р. Мэй пишет о том, что эмоциональное здоровье прямо пропорционально степени осознания [5, с.180]. А. Менегетти обозначает эту проблему как утрату организмической целостности и способности сознания к точному отражению происходящего факта собственного бытия, когда человек не может отделить собственную подлинность, свою природную идентичность от фальшивого «Я», сформированного стереотипами, комплексами, ошибочными установками [4, с.21]. Поэтому становится важным умение точно понять свои переживания и эмоции, чтобы достичь «внутреннего осознания».

За каждой эмоцией стоит конкретное физиологическое состояние, вызывающее телесное ощущение [12]. В психофизиологии эмоций особое значение приобретает субъективный компонент эмоционального переживания (Scherer K.R.) [13], и вновь обсуждается проблема расхождения между субъективным ощущением и нейрофизиологическим процессом как таковым. Одним из факторов, способствующих нарушению психического благополучия может быть эмоциональное напряжение, ошибочный способ проживания эмоций и реакции на стрессовый фактор, активизирующий нейроэндокринную и вегетативную нервную систему. Зачастую психосоматические пациенты испытывают трудность в том, чтобы выделить свои чувства, охарактеризовать, при необходимости отделить события телесной жизни от душевных состояний и т.д. Как считают многие исследователи, «невербализуемость» и недифференцированность

структур внутреннего опыта в своей основе имеют недостаточность символических функций и средств [9, с.27]

Актуальным вопросом в психофизиологии эмоции остается дифференциальный периферический соматический ответ при эмоциональном переживании (Cacioppo J.T., Berntson G.G., Klein D.J., Damasio A.) [10]. О том, что эмоции различаются по соматовисцеральному ответу, писал еще Джеймс [4]. На сегодня ряд авторов развивают гипотезу «соматических маркеров» (Damasio A.R., Bechara A.) [11]. Однако, зачастую акцент в современных исследованиях делается на связи эмоций с лицевой экспрессией (facereader), и остается достаточно мало исследований касающихся остальных органов.

В своих исследованиях (Одинцова, Долгих, 2011-2012) мы предприняли попытку изучить как осознаются индивидами переживания разных эмоций в теле (так называемый «субъективный компонент эмоций», «субъективная локализация эмоций в теле») [2, 6]. Для этого мы сравнивали здоровых молодых людей (возраст от 17 до 27 лет, совокупная выборка 111 человек) с молодыми людьми с постановкой диагноза до одного года гастроэнтерологического профиля (язвенная болезнь, воспалительные заболевания кишечника) и кардиологического профиля (пороки сердца). Мы просили их представить определенные ситуации, в которых они могли испытывать четыре эмоции – страх, волнение, злость и радость. Например, задание «вспомните или представьте ситуацию, когда вы ночью в темноте шли по незнакомой местности и испытывали чувство опасности, страха». Мы просили описать респондентов какие ощущения в теле они испытывают, в каких частях тела, характер ощущений, с какой интенсивностью.

В результате мы получили частоту указания областей тела при переживании четырех эмоций. Например, в области живота все отмечают волнение, однако больные гастроэнтерологического профиля также чаще проецируют в области живота страх и в меньшей степени радость. Злость всеми группами отмечается в верхней части туловища, при этом у гастроэнтерологических больных реже отмечаются руки и ноги (как орган действия в ситуациях злости), а эмоция как будто «переходит в тело», «задействуя область живота». Группа здоровых людей больше отмечают злость в голове по сравнению с двумя другими группами. Кардиологические больные злость испытывают в большей степени в груди, совсем

не отмечая область живота. В целом для здоровых людей при переживании эмоций характерно вовлечение всего тела, особенно в переживании эмоций радости, в то время как для группы больных двух профилей характерна некоторая секторность переживания эмоций в теле.

Изучая особенности эмоциональной сфере мы предъявляли респондентам разные образы (природа, дельфин, разрушенный мост, мертвая рыба, огонь и др.), вызывающие разные эмоции, и просили вжиться в них, почувствовать и описать свои ощущения. При восприятии позитивных образов телесная реакция отмечается практически во всем теле, также как локализация радости или волнения. При этом больные осознают свои ощущения в органе, подверженном заболеванию. Можно отметить, что кардиологические больные сделали акцент на груди при восприятии позитивного и негативного образа, не указывая область живота. Гастроэнтерологические больные во всех образах отмечают область живота, кроме образа огня – который оценивался как амбивалентный.

В исследовании мы просили испытуемых описать свой детский страх, также отметив в теле те области, которые в большей степени вовлекались в переживание страха в детстве. Интересными для нас данными оказались совпадение субъективной оценки периферического компонента переживания детского страха и наиболее часто упоминаемых областей при восприятии всех типов образов. На протяжении жизненного пути эмоциональный опыт как будто выбирает свой преференциальный орган. Возможно именно этот орган в большей степени подвержен психосоматическим заболеваниям. Это представляется перспективным в исследованиях эмоций в контексте жизненного пути.

Говоря о взаимосвязи организменных реакций и других личностных характеристик, можно отметить, что выраженность таких механизмов защиты как реактивное образование, рационализация отрицательно связана с выраженностью организменных реакций при восприятии позитивных образов (природа, фрукты, дельфин). Также при выраженности вытеснения и проекции снижалась самооценка эмоционального состояния при восприятии положительных образов (природы, дельфина), при выраженности механизма компенсации увеличивалась самооценка эмоционального состояния при восприятии негативных образов.

С помощью прояснения смысла эмоциональных переживаний возможно расширить границы осознания и предоставить большее пространство для развития «Я», что и является достижением эмоционального здоровья. Эмоциональное благополучие достигается через способность целостно проживать положительные эмоции и понимать смысл отрицательных эмоций, активно управлять своим эмоциональным состоянием – в этом заключается эмоциональная зрелость, достигаемая в ходе жизненного пути. Методологическим вопросом остается: как отличить адекватную стимулу эмоцию от неадекватной эмоции, расстраивающей целостность человека. Возможный путь состоит в сопоставлении оценки эмоции и телесного ощущения, степени соответствия субъективной оценки собственной ситуации и телесного переживания. Через эмоциональные переживания и организменные ощущения проступает смысл интенциональности, ведущей человека по жизненному пути в направлении достижения лучших измерений человеческого потенциала. Активность позиции человека заключается в поиске расшифровки этого смысла, попытке соотнести себя с онтической интенциональностью, раскрывающейся в истории через экзистенциальные моменты жизненного пути.

Литература.

1. Бьюдженталь Д. Искусство психотерапевта. СПб.: Питер, 2001.
2. Долгих М.А. Эмоциональное реагирование и «телесная локализация» эмоций (дипломная работа). СПбГУ, 2012.
3. Изард К. Э. Психология эмоций. СПб.: Издательство «Питер», 1999
4. Менегетти А. Психосоматика. м.: БФ «Онтопсихология», 2009.
5. Мэй Р. Смысл тревоги. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2011.
6. Одинцова В.В. Особенности эмоциональной сферы пациентов гастроэнтерологического профиля// Вестн. С.-Петербур-та. Сер. 12. 2012. Вып. 2. С. 56-64.
7. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: Теория, современная практика и применение. м.: Психотерапия, 2007.
8. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002.
9. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие для вузов / под ред. В.В. Николаевой. М.: Академический Проект, 2009.

10. Cacioppo J.T., Berntson G.G., Klein D.J., Poehlmann K.M. Psychophysiology of Emotion Across the Life Span// Psychophysiology of Emotion. Annual Review of Gerontology and Geriatrics.1997.
11. Becara A., Damasio A.R. The somatic marker hypothesis: A neural theory of economic decision// Games and Economic Behavior 52 (2005), P. 336-372.
12. Meneghetti A. The psychosomatics of cancer// Journal of Chinese Clinical Medicine. Volume 5. - Number 7. July 2010.
13. Scherer K. R. What are emotions? And how can they be measured? // Social Science Information. 2005. No 44 (4). P. 693–727.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМИТРИПТИЛИНОМ ИЛИ ТРАЗОДОНОМ (ТРИТТИКО)

Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.

СПб ГУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25, Северо-западный Государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Целью исследования явилась сравнительная оценка показателей психосоматического статуса пациентов с ревматоидным артритом (РА) и эмоционально-аффективными расстройствами (ЭАР) на фоне терапии метотрексатом (МТ) в сочетании с антидепрессантами (амитриптилином (АМ) или тразодоном (ТЗ) (триттико).

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 60 пациентов с достоверным диагнозом РА по критериям ACR (1987 г.) средней и высокой степенями активности (DAS 28>3.2), сравнимых по полу, возрасту, длительности заболевания, рентгенологической стадии, получающих в качестве базисной терапии метотрексат в дозе 10-15мг/нед. Проводилась оценка качества жизни с помощью опросника HAQ, оценка боли по шкале ВАШ, оценивались показатели стрессоустойчивости и социальной адаптации по опроснику Холмса и Раге, наличие астенического состояния, тревоги и депрессии по шкале Цунга и госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Все пациенты были разделены на 2 группы: Основная: больные РА (40 человек) с ЭАР, контрольная: больные РА (20 человек) без ЭАР.

С целью коррекции ЭАР методом слепой выборки пациентам основной группы была назначена терапия антидепрессантами: Подгруппа 1: (20 пациентов) получала АМ в дозе 50 мг/сут; подгруппа 2 (20 пациентов) получала ТЗ в дозе 150 мг/сут. Длительность наблюдения составила 1 месяц.

Полученные результаты. При обследовании 60 больных РА астенция выявлена у 58% пациентов, клинически выраженная тревога у 68% пациентов, умеренная и выраженная депрессия и низкая стрессоустойчивость у 33 и 64% обследованных. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса НАQ и числом пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, а также шкалами ВАШ и Цунга при РА. При значениях индекса НАQ $\geq 1,82$ в 100% случаев выявлены клинически выраженная тревога и депрессия, умеренная или выраженная астенция и низкая сопротивляемость к стрессу. На стрессовое событие в дебюте РА указывали 47 больных (78%), а в течение года до обострения РА – 49 больных (29,4%).

Через 4 недели лечения антидепрессантами, в подгруппе, получавшей АМ, достоверно увеличилось число пациентов с высокой стрессоустойчивостью по опроснику Холмса и Раге (с 33,7 до 51,9%) и уменьшилось число пациентов с выраженной астенией (с 24 до 14%; $P < 0,05$). У пациентов с РА и ЭАР, получавших АМ и ТЗ, через 1 месяц терапии отмечено значимое снижение тревоги: (на 20 и 18%), депрессии: (на 13, 2 и 14%), и увеличение стрессоустойчивости (на 12,8 и 22,5%). Достоверных различий по изменению этих показателей при сравнительной оценке в подгруппах не отмечено.

Через месяц лечения ТЗ, по сравнению с лечением АМ, отмечено достоверно большее число пациентов с РА и ЭАР с улучшением сна (50 и 21%) и снижением числа пациентов с суицидальными мыслями (25 и 4%).

Выводы: 1. При развёрнутой стадии РА с высокой и средней степенью активности заболевания отмечается большое число пациентов с наличием астении (58%), клинически выраженной тревоги (68%), депрессии (33%) и снижением стрессоустойчивости (64%). 2. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между значениями индекса НАQ и числом пациентов с тревожно-депрессивными рас-

стройствами, а также шкалами ВАШ и Цунга при РА. 3. Назначение АМ или ТЗ в течение 1 месяца у пациентов с РА при наличии ЭАР приводит к снижению признаков астении, тревоги, депрессии и повышению стрессоустойчивости. 4. При применении ТЗ, по сравнению с АМ, в течение 1 месяца, отмечено большее число пациентов РА с ЭАР с улучшением сна и снижением суицидальных мыслей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Павлова В.Ю., Гулевич Е.И., Чуйкова А.С.

ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

На сегодняшний день достаточно много сказано и написано по психосоматической проблеме. Пожалуй, нет ни одного соматического заболевания, в особенностях клиники и даже в определенных звеньях патогенеза которого не играли бы роль расстройства психоэмоциональной сферы. К данной категории заболеваний относится большой спектр состояний, которые имеют очень широкое распространение в работе терапевта, но коррекция данных состояний не проводится. В частности к таковым относятся: невралгии и невриты, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, аритмии, бронхиальная астма, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, ожирение, булимия, анорексия, данный список можно продолжать многими состояниями.

В связи с полиэтиологичностью и многоликостью о распространенности психосоматических нарушений в целом судить трудно, так как в связи с многообразием их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля, а иногда обращаются за помощью и к представителям «нетрадиционной медицины», вообще выпадая из поля зрения врачей. Поэтому имеющиеся в литературе показатели болезненности должны оцениваться как заниженные, и вероятно значительно занижены, по сравнению с числом больных среди населения. Тем не менее опубликованные данные свидетельствуют о том, что частота психосоматических рас-

стройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50 % [1,2]. Среди контингента пациентов многопрофильной больницы (однодневный «срез» госпитализированных больных) психосоматические расстройства были выявлены в 53,6 % случаев [3]. По объединенным данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматиков, коррекция которых не проводится.

Согласно теории стресса психосоматическое заболевание является реакцией организма на «психологические перегрузки» и представляет собой одно из проявлений неспецифического адаптационного синдрома (Селье, 1960). Позже Лазарус (1970) в своей теории стресса подчеркивал, что психосоматическое заболевание возникает в результате взаимодействия личности и окружения. Выраженность расстройства определяется структурой личности (ценностями, мотивами, способностями). Необходимо понять, что не только неблагоприятные события могут вызвать реакцию стресса. Как говорил Селье, не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, в которой оказывается человек. Важна интенсивность предъявляемых к нему требований и их новизна. Селье описал патогенез стресса понятием адаптационного синдрома-неспецифической реакции, в которой можно различить 3 фазы: тревоги, сопротивления и истощения. В своих работах У. Кэннон делал акцент, на то, что функцию мобилизации преимущественно и более выражено выполняет симпатическая нервная система [4,5].

Цель исследования: выявить у пациентов с соматической патологией распространенность различных форм нарушений психики (тревоги и депрессии) и ее зависимость от возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе ГБУЗ КОКБ. Всего в исследование включено 339 пациентов, находящихся на стационарном лечении в терапевтической клинике в ГБУЗ КОКБ: женщины составили 196 (57,8%) человек, мужчин – 143 (42,2%) человек ($p=0,045$). Средний возраст женщин составил - $52,7 \pm 7,0$ лет, средний возраст мужчин - $52,0 \pm 9,5$ года ($p=0,179$). Возрастной показатель свидетельствует, что в данное исследование были включены мужчины и женщины одного возрастного диапазона. По данным проведенного опроса пациенты из нефрологического отделения составили 48 (14,2%) человек, гастроэнтерологическое и пульмонологическое по 56 (16,5%) человек, отделения гематологии

и кардиологии по 58 (17,1%) человек, эндокринологии – 63 (18,6%) человек. Для оценки психологического состояния применялась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Для определения возрастных групп использовалась международная классификация Квинн [6]: молодость 18–40 лет, зрелый возраст 40–65 лет, пожилой возраст от 65 лет и старше. В связи с малой выборкой (менее 20 пациентов в большинстве анализируемых групп), статистический анализ не проводился.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного обследования выявлено наличие субклинической тревоги у 17 (32,1%) респондентов в гастроэнтерологическом и у 16 (25,3%) в эндокринологическом отделениях. Клиника тревоги преобладала в гематологическом 17 (29,3%) человек и кардиологическом 16 (27,5%) человек отделениях. С другой стороны, субклиника депрессии преобладала у пациентов кардиологического 18 (31%) человек и гематологического 17 (29,3%) человек отделений. Клиника депрессии в большей степени наблюдается у пациентов эндокринологического 18 (28,5%) человек и гематологического 15 (25,8%) человек отделений.

Выявлено, что у женщин молодого возраста характерна субклиника тревоги – 16 (45,7%) человек, что в 3 раза больше чем у мужчин этой же группы - 4 (13,3%) человека. У мужчин была наиболее выражена субклиника депрессии – 8 (26,6%) человек. Для зрелого возраста характерно: у женщин присутствует и клиника тревоги – 49 (37,1%) человек и субклиника депрессии – 41 (31%) человек, а у мужчин отмечается субклиника тревоги – 18 (19,1%) человек. У женщин пожилого возраста: клиника тревоги – 13 (54,1%) человек, субклиника депрессии – 10 (41,6%) человек и клиника депрессии – 8 (33,3%) человек, тогда как у мужчин эти показатели не превышают 3 (20%) человека.

Выводы. По результатам проведенного анализа выявлено, что практически у 30% пациентов регистрируются клинические признаки тревоги и депрессии, при чем женщины зрелого возраста в 2-3 раза больше мужчин имеют клинические признаки тревоги и депрессии. Такое положение связывают не только с более слабым состоянием здоровья женщин, высокой уязвимостью женщин к негативным психосоциальным воздействиям, но и с биологическими – нейроэндокринными факторами (менархе, беременность, роды, лактация, менопауза). Известно, что женщины наиболее эмоционально реагируют

на различные стрессовые события и более длительно их переживают по сравнению с мужчинами, что определяет большой интерес к исследованию половых различий в различных отделениях, но в данной работе из-за малочисленности выборки по отделениям не представляется возможным провести данный анализ. Давно известные факты, что наличие признаков тревоги и депрессии определяют клиническое течение заболевания (более тяжелое течение) и недостаточный эффект от проводимой терапии. У данной категории больных именно из-за недооценки психосоматического статуса проводится увеличение интенсивности лечения «основного заболевания» (с акцентом на предъявляемые жалобы), но при очень низком эффекте от данной терапии, при этом коррекция имеющихся психосоматических состояний не проводится, тем самым снижая эффективность основного заболевания, качества жизни пациента и повышая затраты на лечение.

Литература.

1. Ю.Ю. Елисеев. Психосоматические заболевания. Справочник. Москва, 2003 г.
2. Р.Г. Оганов., Л.И. Ольбинская., А.Б. Смудевич и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология. 2004 г.
3. А.Б. Смудевич. Психосоматические расстройства. Москва, 2000 г.
4. Ю.Г. Фролова. Психосоматика и психология здоровья. Учебное пособие, издание второе, переработанное и дополненное. Минск, 2003 г.
5. А.В. Шаброва, С.Л. Соловьева. Расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению. Санкт-Петербург, 2010 г.
6. В.Н. Квинн. Прикладная психология. Санкт-Петербург, 2000 г.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ

Павлова В.Ю., Гулевич Е.И., Чуйкова А.С.

ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

По объединенным данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих кабинеты врачей, имеют субклинические или клинические признаки тревоги. По данным официальной статисти-

ки, тревожными расстройствами той или иной выраженности страдает 30% населения РФ.

Цель исследования: выявить у пациентов амбулаторного этапа оказания помощи, распространенность тревожных расстройств и ее зависимость от возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе МБУЗ «Клиническая поликлиника №5» г. Кемерово. В исследование был включен 271 пациент, обратившийся за медицинской помощью на амбулаторном этапе в поликлинику с различными жалобами. В данной группе женщины составили – 179 (66%) человек, мужчины – 92 (34%) человек. Анкетирование проводилось путем случайной выборки. Средний возраст женщин составил – $52,0 \pm 11,5$ лет, средний возраст мужчин – $48,0 \pm 11,5$ года ($p=0,000$). Возрастной показатель свидетельствует, что в данное исследование были включены мужчины и женщины одного возрастного диапазона. Для оценки психологического состояния применялась госпитальная шкала тревоги (HADS). Для определения возрастных групп использовалась международная классификация Квинн: молодость 18–40 лет, зрелый возраст 40–65 лет, пожилой возраст от 65 лет и старше. В связи с малой выборкой, статистический анализ не проводился.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенного исследования выявлено, что субклиника тревоги отмечалась у 66 (24,4%) человек, клиника тревоги у 68 (25,1%) человек, что составляет половину всех опрошенных пациентов.

У женщин молодого возраста наблюдается клиника тревоги – 10 (18,2%) человек, что в 10 раз больше чем у мужчин этой группы – 1 (3,3%) человек. Данный показатель имеет только общее информационное значение, так как в группе опрошенных, значительно преобладали женщины. Для зрелого возраста характерно: у женщин преобладает клиника тревоги – 95 (30,5%) человек, и у мужчин отмечается клиника тревоги – 48 (22,9%) человек. У женщин пожилого возраста: субклиника тревоги – 12 (51,4%) человек, тогда как у мужчин субклиника и клиника тревоги имеют равные показатели – 6 (42,9%) человек.

Выводы. По результатам проведенного анализа у каждого 5-го пациента поликлиники выявлены клинические признаки тревоги, женщины зрелого и пожилого возраста в 2-3 раза больше мужчин имеют клинические признаки тревоги.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННЫХ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Парфенов С.А., Жукова О.А., Ельшибаева К.Г., Шахов Д.В.,
Воробьева Н.В., Нестеренко М.Ю., Матвеев А.В.

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы*

Деятельность врача-стоматолога характеризуется высокой эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью, необходимостью быстрого реагирования на изменения состояния здоровья у пациентов, предполагает принятие ответственных решений в ситуациях, связанных с медицинскими манипуляциями. Таким образом, она протекает в условиях постоянной нервно-психической напряженности, стресса и требует максимальной мобилизации адаптационного потенциала личности. На сегодняшний день в литературе, посвященной психосоматической патологии, остается малоосвещенной тематика связи возрастных особенностей психосоматического реагирования у врачей-стоматологов, что и обусловило тему и цель исследования.

Цель исследования: выявить возрастные особенности манифестации психосоматических расстройств у военных врачей-стоматологов.

Методы исследования. Опрос жалоб, анализ медицинских карт, тест САН, методика диагностики невротической патологии M.I.N.I. База исследования – военно-медицинская академия им. С.М.Кирова. Общий объем обследованных составил 86 военных врачей-стоматологов в возрасте 30-66 лет.

По результатам иерархического кластерного анализа полученных данных в обследуемой выборке было выделено три кластера, которые позволили отнести обследуемых врачей к различным возрастным группам: 1 кластер - превалирование психосоматической патологии в виде артериальной гипертензии, сахарного диабета первого типа и ЯБ двенадцатиперстной кишки (n= 26 человека, возраст 30-40 лет); второй кластер – превалирование ИБС, АГ (n= 38 человек, возраст 41-55 лет); третий кластер – превалируют ИБС, АГ, СД2 (n= 22 человек, возраст 56-66 лет), что позволило установить достоверную связь между выраженностью психосоматической патологии и возрастом военных врачей-стоматологов.

Таким образом, психосоматическая патология у военных врачей-стоматологов имеет нелинейную возрастную динамику с бимодальным распределением частоты встречаемости в зависимости от возраста. Максимальная частота психосоматических расстройств у военных врачей-стоматологов приходится на средний возраст, что обусловлено высоким уровнем профессиональной занятости и максимальным профессиональным напряжением личностных адаптационных ресурсов, способствующих формированию психосоматической патологии.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Парфенов Ю.А., Жукова О.А., Парфенов С.А., Шахов Д.В.

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы*

Объектом исследования являются пациенты пожилого возраста с хроническим периодонтитом в возрасте 55-65 лет с разной степенью ограничения возможностей здоровья.

Целью исследования явилось установление взаимосвязи уровней ситуативной и личностной тревожности с уровнем адаптации личности и выявление механизмов адаптации при разных уровнях тревожности.

В ходе исследования использовались следующие методы и методики: шкала тревожности Ч.Спилбергера; методика диагностики социально-психологической адаптации К.Роджерса и Р.Даймонда; тест рисуночной фрустрации С.Розенцвейга (звуковой вариант); метод ранжирования ситуаций, вызывающих тревогу.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы: установлено, что трудность удовлетворения значимых потребностей, связанная с ограничениями здоровья, сопряжена с высокой личностной тревожностью у пациентов пожилого возраста с хроническим периодонтитом; доказано, что в пожилом возрасте между людьми с разной степенью ограничения возможностей здоровья существуют различия по уровню ситуативной тревож-

ности, что связано с различием в способах адаптации личности; выделены типы индивидуальной адаптации, характеризующиеся сочетанием уровней ситуативной и личностной тревожности с уровнем адаптации личности: умеренно адаптивный тип; традиционно адаптивный тип; парадоксально адаптивный тип; традиционно неадаптивный тип; выявлена способность к опредмечиванию тревожности, которая заключается в когнитивной проработке причин собственной тревожности, а именно, в локализации тревожности в конкретных личностных и социальных сферах, что позволяет поддерживать её оптимальный уровень; определены особенности локализации тревожности в исследованных группах, связанные с уровнем личностной тревожности; выделен аутопластический механизм адаптации компенсаторного характера у пациентов пожилого возраста с хроническим периодонтитом, заключающийся в компенсации низкого самоуважения за счёт высокой аутосимпатии.

**ОКАЗАНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
В ГЕРИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА**

**Парфенов Ю.А., Жукова О.А., Парфенов С.А., Шахов Д.В.,
Ельшибаева К.Г., Нестеренко М.Ю.**

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы*

Спектр причин обращения пациентов за психологической/психотерапевтической помощью к психологу в соматической поликлинике достаточно большой.

С одной стороны, это связано со страхом перед обращением за помощью в психоневрологический диспансер, а с другой, с резистентностью к лекарственным средствам и, как следствие, снижению эффективности терапевтического лечения соматических заболеваний.

Чаще всего пациенты, направленные геронтологами, предъявляют жалобы на бессонницу, головную боль, скачки артериального давления, остро переживаемые чувства беспокойства,

тревоги, страха, тоски. Данные симптомы манифестируются в переживаниях горя и утраты, стрессовых состояниях, обусловленных неблагоприятием, неустроенностью семейной и социальной жизни, стрессах вследствие экономической нестабильности. Во многом эмоциональные, физические и поведенческие проблемы произрастают из прошлых психологических травм.

В психотерапии и психокоррекции стрессовых состояний и психосоматических расстройств хорошо себя зарекомендовали Метафорические ассоциативные карты и метод БОС.

Диапазон применения проективных (Метафорических ассоциативных) карт достаточно широк. Личностный рост, посттравматический синдром, проблемы детско-родительских и супружеских отношений, групповая динамика, способы решения конфликтов, зависимости, целеполагание, смысл жизни – вот далеко не полный перечень областей, где эффективно использование проективных карт в качестве метафоры, обращения к воображению, фантазии и потоку ассоциаций. Области применения МАК (по МКБ-10) - Психические расстройства и расстройства поведения: F10-F19; F30-F39; F40-F48; F50-F59; F60-F69; F80-F89; F99.

Карты создают атмосферу безопасности и доверия. Поощряют людей к самопознанию, открытию собственной креативности и улучшению коммуникации с окружающими. Они помогают разобраться в психологических причинах происходящих с человеком событий и найти решение для сложных ситуаций.

Карты позволяют получить доступ к целостной картине собственного «Я» пациента, его личностному мифу о мире и о себе в нем, а также о субъективном образе ситуации с точки зрения клиента. Карты очень быстро помогают прояснить и осознать актуальные переживания и потребности пациента, его незавершенные внутренние процессы. При работе со зрительными образами у пациента отсутствует или значительно снижена сознательная цензура, это облегчает работу с его внутренними подсознательными конфликтами. Особенность этой работы состоит в том, что инструменты приспособляются к пользователям, а не наоборот. Карты предоставляют нам возможность увидеть наглядную картину любых межличностных отношений, или взаимоотношений человека с любыми идеями и образами из его внешней или внутренней реальности. Использование карт для обращения к психотравмиру-

ющей ситуации через метафору, позволяет избежать дополнительной ретравматизации, что особенно важно в работе с возрастными пациентами, и создает безопасный контекст для поиска и моделирования решения. Карты запускают внутренние процессы самоисцеления и поиска своего уникального пути выхода из кризиса. [OH Cards Institute, 2012]

Метод биологической обратной связи (БОС) опирается на теорию условных рефлексов, а также на исследования общей и прикладной психофизиологии.

В основе метода лежит биологическая обратная связь - специальное оборудование и программное обеспечение, позволяющие человеку на экране монитора “видеть и слышать” свои физиологические свойства - температуру кожи рук и ног, электрическую активность мышц, электрическую активность головного мозга, частоту сердечных сокращений и др. Благодаря этому появляется возможность условнорефлекторного, прямого обучения центральной и вегетативной нервных систем с целью изменения в благоприятную сторону их функционирования.

Метод БОС неспецифичен в отношении диагноза и позволяет работать с дисфункциями регуляторных систем организма, а не с отдельными заболеваниями. [НМФ “Нейротех” “Методический материал “Теория БОС-biofeedback”; О.А.Садчикова, 2002 “Применение метода биологической обратной связи в лечении неврозов и психосоматических расстройств”]

В психотерапевтической практике метод БОС можно использовать двумя в принципе различными способами: либо в качестве средства для приобретения навыков физической саморегуляции, чтобы предотвратить появление психосоматических или невротических расстройств, либо, в случае, если пациент страдает неврозом или психосоматическим заболеванием, в качестве средства для лечения функциональных нарушений в соответствующей системе физиологических реакций.

Имеющийся в поликлинике логотерапевтический комплекс БОС позволяет проводить углубленное обследование личности больного (с использованием компьютерных тестов), обучение навыкам релаксации, диафрагмального дыхания и коррекцию эмоционального состояния, что особенно важно для людей старшего поколения, а также в комплексной реабилитационной программе.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ КАК ПРЕДПОСЫЛКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Парфенов Ю.А., Матвеев А.В., Антипина Т.А., Антипин С.Г., Парфенов С.А., Жукова О.А., Шахов Д.В., Нестеренко М.Ю.

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы

Ситуация, как объективная совокупность элементов среды, оказывает обуславливающее, стимулирующее и корректирующее воздействие на субъект, в свою очередь, подвергаясь активному воздействию субъекта.

Трудная ситуация всегда характеризуется несоответствием между тем, что человек хочет (сделать, достичь и т.п.), и тем, что он может, оказавшись в данных обстоятельствах и располагая имеющимися у него собственными возможностями. Такое рассогласование препятствует достижению первоначально поставленной цели, что влечет за собой возникновение отрицательных эмоций, которые служат важным индикатором трудности той или иной ситуации для человека.

Трудные жизненные ситуации, под влиянием которых складываются способы поведения и формируется отношение к затруднениям, имеют различный характер.

Существует несколько классификаций категории «трудные жизненные ситуации». Некоторые исследователи предлагают классифицировать их по степени участия человека:

- 1) трудные жизненные ситуации;
- 2) трудные ситуации, связанные с выполнением какой-либо задачи;
- 3) трудные ситуации, связанные с социальным воздействием.

Ф.Е. Василюк, выделяет четыре основных типа в соответствии с особенностями ситуаций: стресс, фрустрацию, конфликт и кризис.

По типам трудностей классифицирует трудные жизненные ситуации К. Муздыбаев:

- по интенсивности,
- по величине потери или угрозы,
- по длительности (хронические, краткосрочные),

- по степени управляемости событий (контролируемые, неконтролируемые),

- по уровню влияния [30].

К. Флейк-Хобсон рассматривает трудные жизненные ситуации, характерные для детей, и выделяет два типа ситуаций повышенного риска [5-7].

1. Ситуации, связанные с отсутствием или утратой чувства защищенности:

- враждебная, жестокая семья;
- эмоционально отвергающая семья;
- не обеспечивающая надзора и ухода семья;
- негармоничная семья (распадающаяся или распавшаяся);
- чрезмерно требовательная семья (доминирующая гиперопека);
- появление нового члена семьи (отчим, мачеха, брат, сестра);
- противоречивое воспитание или смена типа;
- чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура).

2. Ситуации, вызывающие незащищенность из-за отрыва от семьи:

- помещение в чужую семью;
- направление в детское учреждение;
- госпитализация.

Такого рода ситуации, оказывая существенное влияние на весь ход психического развития, способны серьезно нарушить социальную адаптацию ребенка, глубоко деформировать его психику. Перечисленные ситуации охватывают наиболее существенные, значимые жизненные отношения ребенка, поэтому их наличие должно предопределять серьезные отрицательные последствия для развития личности [44].

Существуют и другого типа трудные ситуации, которые с большей вероятностью могут встретиться в жизни практически каждого человека, в том числе и ребенка. Это так называемые «ситуации стресса обыденной жизни» – повседневные, зачастую и повторяющиеся события, способные вызвать затруднения и отрицательные переживания (например, посещение зубного врача, ссора с товарищем, ответ на экзамене, увольнение и др.). Их влияние на развитие личности не менее велико. Это можно объяснить тем, что все

подобные ситуации нужно преодолевать, каждый раз необходимо находить то или иное решение. Именно в таких обыденных ситуациях человек приобретает удачный или неудачный опыт преодоления препятствий, определяет собственное отношение к трудностям, пробует, «примеряет» разные способы действия, вырабатывает наиболее приемлемую для себя тактику поведения.

Трудные жизненные ситуации являются составной частью процессов социализации, во-первых, потому что они в целом обыденны, во-вторых, они не всегда травмируют личность, в-третьих, благоприятствуют развитию, когда происходят изменения конструктивного характера, способствующие достижению новых форм сбалансированности отношений с внешней средой.

Таким образом, трудные жизненные ситуации возникают или в случае неуравновешенности в системе отношений личности и ее окружения; или несоответствия между целями, стремлениями и возможностями их реализации и качествами личности. Подобные ситуации предъявляют повышенные требования к способностям и возможностям человека, к его личностному потенциалу и стимулируют его активность.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ИССЛЕДОВАНИЯХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Парфенов Ю.А., Парфенов С.А., Жукова О.А.,
Ельшибаева К.Г., Шахов Д.В., Матвеев А.В.**

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы, факультет прикладной психологии,
кафедра психологии здоровья*

Так, по данным ООН, в 1950 г. в мире проживало приблизительно 200 млн. людей в возрасте 60 лет и старше, к 1975 г. их количество возросло до 550 млн. По прогнозам, к 2025 г. численность людей старше 60 лет достигнет 1 млрд. 100 млн. человек. При этом с возрастом нарастает число лиц с нарушениями здоровья.

Условия жизни современного пожилого человека являются фундаментальными предпосылками для возникновения его болезней, так как именно социальные и психологические факторы создают

такое разнообразие заболеваний. Настоящее время характеризуется тенденцией: все самое ценное из учений о болезни прошлого использовать при разработке современных интегративных концепций. Современный период исследований нервно-психических и психосоматических расстройств характеризуется использованием биопсихосоциального подхода, который подразумевает существование сложной многофакторной природы заболеваний. При этом внимание исследований все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Понятие системности предполагает рассмотрение личности как открытой биопсихосоциальной системы.

С точки зрения биопсихосоциального подхода привлекает внимание концепция качества жизни человека. Качество жизни объекта исследования можно рассматривать как интегративную характеристику биопсихосоциальной системы, которая проявляется в субъективном опыте проживания жизни и отражает механизмы формирования отношения человека к здоровью и болезни; системные механизмы формирования внутренней картины болезни; соотношения жизненных целей и ценностей.

Понятие о внутренней картине болезни является центральной категорией изучения психологии больного [Лурия Р.А., 1977; Ташлыков В.А., 1984; Вассерман Л.И., 2008 и др.]. Анализируя современное состояние проблемы изучения личности больных психосоматическими заболеваниями, Соколова Е.Т. [2006] приходит к выводу о том, что основным личностным феноменом, содержащим в себе «всю драму личностных трансформаций в условиях болезни», является внутренняя картина болезни (ВКБ). У человека, в ситуации болезни, центральное место занимает значимое к ней отношение, которое соотносится со структурно сложным образованием внутренней картины болезни. Современные исследования привели к более тонкой дифференциации структурных характеристик ВКБ, выявлению закономерностей ее формирования и изменения в зависимости от комплекса клинических и психосоциальных факторов [Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л., 2008 и др.]. Изучение внутренней картины болезни позволяет рассмотреть весь сложный процесс самопознания, самооценки и прогнозов заболевшего человека, выявить те средства, которые использует человек для осуществления этого познавательного процесса. В то же время изучение внутренней

картины болезни открывает возможность понимания особых способов, приемов преодоления, овладения собственным поведением, используемых человеком в сложной жизненной ситуации [Чижова А. И., 2011]. В формировании ВКБ имеет значение социальный статус личности: роль в семейных и служебных отношениях, степень трудоспособности, общественное положение, ценностные ориентации.

Социальные факторы долгое время рассматривались в развитии заболеваний как патогенные, но в последнее время рассматривается их «буферная роль» [Бауманн У., Перре М., 2006]. Психологические факторы, влияющие на развитие заболеваний, связаны с социальным статусом, уровнем образования, степенью включенности в социальные связи и выраженностью социальной поддержки. Снижение социального статуса может явиться мощным психологическим фактором, создающим нежелательные перестройки в структуре ВКБ, в частности невротического генеза, которые в дальнейшем могут фиксироваться [Смирнов В.М., Резникова Т.Н., 1983]. В качестве личностных адаптационных ресурсов ВКБ можно также рассматривать «внутреннюю картину здоровья» (ВКЗ). Основой психического образования ВКБ и ВКЗ является самопознание личности. Болезнь – это трудная жизненная ситуация, в которой ВКЗ – элемент самосознания, трансформирующийся в ВКБ в процессе социально-психологической адаптации [Челпанов В.Б., 2009]. Изучение внутренней картины болезни открывает также возможность понимания особых способов копинг-поведения, используемых человеком в сложной жизненной ситуации [Чижова А. И., 2011]. Неконструктивное копинг-поведение и использование ригидных механизмов психологической защиты в ситуации болезни, приводят к нарастанию стрессовой нагрузки и постепенному истощению адаптационно-компенсаторных ресурсов пациента, что обуславливает снижение эффективности преодоления заболевания.

Можно прийти к выводу, что игнорирование любого из компонентов психосоциального функционирования личности лишает исследователя потенциально важной информации о многомерной функциональной системе адаптации. Для социально-психологической адаптации личности и для выработки адекватных лечебно-реабилитационных программ важен учет всех значимых психосоциальных факторов и особенно тех, которые имеют наиболее близкие связи с проявлениями заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Парфенов Ю.А., Шахов Д.В., Комекбаева Л.К., Матвеев А.В.,
Антипина Т.А., Антипин С.Г.

*Санкт-Петербургский государственный институт психологии
и социальной работы*

Общеизвестно, что одной из причин, ведущей к возникновению коронарной патологии, является психоэмоциональное напряжение, длительно существующие отрицательные эмоции с подчеркнутым фоном фрустрированности, неудовольствия, неопределённости. При этом человек руководствуется в своем поведении социальными установками, прошлым опытом и выработанными стратегиями совладания со стрессом. К коронарным заболеваниям предрасполагают типы поведенческой активности, описываемые как объективно наблюдаемые поведения типа А и Б, которым присущи полярные характеристики: для поведения типа А характерны сверхвовлеченность в работу, сверхактивность, амбициозность, соревновательность, враждебность, экспрессивность, эмоциональная несдержанность; поведению типа Б, напротив, присущи неторопливость, взвешенность, рациональность, медлительность, тщательность, стремление следовать стереотипам и др. Выделяют также промежуточные типы, подтипы и тенденции следовать одному из типов поведения.

Цель настоящего исследования – определение копинг-стратегий больных ишемической болезнью сердца с экстремальным профилем деятельности в зависимости от типа поведенческой активности. Обследовано 220 пациентов с диагнозом «ишемическая болезнь сердца», в возрасте 37-55 лет, находящихся на лечении в кардиологическом стационаре. Для достижения цели исследования использованы следующие методики: стандартизированное интервью, «тип поведенческой активности» (ТПА); опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкман, опросник для оценки качества жизни (Н.Е. Водопьянова); опросник нервно-психического напряжения (НПН) Немчина-Норакидзе, шкала «активность – оптимизм» (АО) И.С. Шуллера и А.Л. Комуниана (адаптация Н.Е. Водопьяновой, О.Г. Новиковой, 2001).

Проведенные нами исследование позволяют сделать ряд выводов относительно особенностей поведения больных ишемической болезнью сердца с разными типами поведенческой активности:

Больные ишемической болезнью сердца преимущественно склонны к поведенческой активности по типу А (46 %), в меньшей - по типам Б (34 %) и АБ (20%). Личностные характеристики испытуемых, определенные для каждого типа поведенческой активности, могут рассматриваться как стрессогенные факторы, которые выступают основанием для возникновения ишемической болезни сердца, что в целом согласуется с литературными данными.

Установлены статистически значимые различия в копинг – поведении у больных между типами А и Б в стратегиях конфронтационного копинга, поиска социальной поддержки, личных достижений ($p < 0,01$), самоконтроля ($p < 0,001$).

Получены статистически значимые различия между типами А и Б по основным параметрам в оценке качества жизни ($p < 0,01$); НПН ($p < 0,001$), при этом для обоих типов зафиксированы почти запредельные уровни, а для АБ – низкий уровень НПН; активности-оптимизма ($p < 0,001$): типу А больше свойственна деструктивная активность, для типа Б характерен реализм и рационализм, типу АБ свойственна вера в успех, позитивный настрой, проблемно-ориентировочная стратегия преодоления стресса.

Результаты данной работы в целом согласуются с литературными данными. Они могут быть использованы в психотерапевтической практике, для разработки программ реабилитации больных ишемической болезнью сердца.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И МАТЕРИНСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ

Пасечник И.П.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Резюме. Характер течения перинатального периода определяет состояние здоровья ребенка. Выявленные в ходе исследования в 90% случаях функциональные гастроинтестинальные

расстройства у детей в раннем неонатальном периоде были обусловлены недостаточным уровнем материнской компетентности в вопросах вскармливания, ухода, коммуникации с ребенком. Профилактика психосоматических расстройств у детей должна предусматривать обеспечение качественных симбиотических связей в диаде «мать-дитя» и повышение уровня материнской компетентности в вопросах ответственного родительства, начиная с пренатального периода.

Позитивные генетические предрасположенности реализуют себя при благоприятном средовом (социальном, психологическом, семейном) воздействии. Характер течения перинатального периода и периода раннего детства определяет состояние здоровья ребенка и физические параметры взрослого человека. Стресс, тревога, депрессия матери во время беременности вызывают, так называемый, синдром пренатального стресса. Экспериментальные исследования этого синдрома обнаружили ряд существенных долговременных нарушений в системах нейроэндокринной регуляции репродукции и гормональной адаптации (стресс-реактивности). Эффекты, изменяющие физиологию мозга на ранних этапах развития, нарушают биологические механизмы реализации стрессовых реакций в последующие годы. Это обусловлено влиянием экзогенных глюкокортикоидов на развивающиеся структуры мозга плода, которые играют роль в регуляции гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси. Пренатальный стресс вызывает комплекс разнообразных морфологических, нейрохимических, эндокринных, метаболических изменений, которые закрепляются в постнатальной жизни. Приводит к задержке внутриутробного развития, уменьшению размеров гиппокампа (чревато ранним когнитивным дефицитом), поражению дофаминергических структур мезолимбической системы и амигдалы (служит базисом для развития аддиктивного поведения, склонности к агрессии и аутоагрессии), нарушению клеточных механизмов в префронтальной коре (в последующем составляет риск личностных расстройств) [3,7].

Интегрирующей основой, которая определяет дальнейшее развитие ребенка, является материнский фактор. В постнатальном периоде дисфункциональные материнско-детские отношения путем модулирования гормональных механизмов ребенка фор-

мируют неадекватно высокие реакции на стресс и проявления психосоматических нарушений [4,6,8]. Одним из значимых факторов психического дизонтогенеза ребенка являются нарушения эмоциональной привязанности в системе мать-ребенок, начиная с пренатального периода [5]. Взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни и определяют качество их привязанности к концу года и в последующем [1]. Благодаря формирующейся привязанности ребенок приспосабливается к матери, к её реакциям, а у нее в ответ на демонстрацию «отношенческой» активности младенца формируется устойчивая привязанность с адекватным желанием заботиться о ребенке. Этот постулат описывает значимость адекватности, зрелости материнского поведения как основы формирования привязанности у ребенка, что равноценно базису его психического здоровья. Именно поэтому опыт адекватных материнско-детских отношений на первом году жизни является определяющим для психологического, социального и личностного развития ребенка на протяжении всей его дальнейшей жизни [2].

Патологические последствия пренатального стресса у человека могут быть смягчены качеством постнатальной заботы. Материнская забота оказывает «программирующее» воздействие на биологические системы ребенка, которые сохраняются в течение всей жизни, влияет на механизмы управления активностью генов глюкокортикоидных рецепторов, создавая предпосылки для устойчивого реагирования системы на стресс, модулирует эпигенетические изменения в генах, ответственных за регуляцию гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, оказывающей регуляторное влияние на вегетативные функции организма. Эмоционально здоровая женщина способна противостоять стрессу, выполнять свои обязанности и формировать адекватную материнскую привязанность. Правильно организованное с момента рождения общение с ребенком, определяющее его физическое и ментальное развитие, характер поведения в будущем, обеспечивает материнская компетентность. Это основанная на знаниях, интеллектуально и личностно обусловленная способность женщины к осознанным действиям в интересах здоровья ребенка с целью создания для него безопасной и гармоничной среды. Критерием эффективности материнского ухода является такой характер поведения, при котором мать удов-

летворяет потребности ребенка в пище, общении, защите, охране здоровья, является адекватным источником сенсорных, звуковых, тактильных, эмоциональных стимулов, посредником между ребенком и раздражителями внешней среды, ослабляющая или интенсифицирующая их воздействие. Препятствиями для формирования благоприятных отношений в диаде «мать-дитя» могут являться такие факторы, как неоднократные стрессы во время беременности, неразвившаяся гестационная доминанта, неконструктивные мотивы зачатия, отказ от кормления грудью, учеба матери, аддиктивное поведение матери, особенности психического состояния матери, осуществление ухода за ребенком посторонними лицами [1]. Нарушения детско-материнских отношений и привязанности сопровождаются устойчивыми изменениями в экспрессии генов, которые возникают в раннем детстве и сохраняются во взрослом состоянии [8]. Хроническая недостаточность заботы о ребенке, пренебрежение его нуждами, неправильная стимуляция приводят к развитию психосоматической патологии в раннем возрасте. Наиболее частыми проявлениями на первом году жизни являются изменения со стороны пищеварительной системы - функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГР) [1].

Целью нашего исследования было изучение структуры ФГР у 120 здоровых новорожденных в зависимости от уровня компетентности их матерей. Полученные результаты свидетельствовали о тесной связи между наличием необходимых компонентов нормального развития ребенка (отношение, уход, вскармливание) и состоянием его здоровья. Из 120 опрошенных только 9,2% (11) матерей были осведомлены о роли грудного вскармливания в формировании материнской привязанности и укреплении психологического контакта в диаде, 16,7% (20) считали возможным кормить грудных детей разбавленным коровьим молоком. Не владели информацией о правильной диете кормящей матери, способах сохранения лактации, технике вскармливания ребенка 41,7% (50) матерей, что приводило к необоснованному докорму заменителями грудного молока, перекармливанию, нарушениям микробиологического статуса ребенка, повышенному газообразованию, аэрофагии и развитию ФГР. Из 120 новорожденных без патологии перинатального периода у 41,7% (50) отмечались ФГР в виде аэрофагии 28% (14), срыгивания 48% (24), колик 24% (12). Среди

матерей этой группы 90% (45) имели низкий уровень компетентности в вопросах вскармливания, ухода, коммуникации с ребенком. Оценивая уровень компетентности, отмечено, что в группе матерей с низким уровнем ФГР у детей встречались достоверно чаще ($p < 0,0001$), чем в группе матерей с высоким уровнем компетентности: аэрофагия у 78,5% детей против 21,4%, срыгивания – 91,6% и 8,3% соответственно, колики у 100% детей. Профилактика психосоматических расстройств в периоде ранней постнатальной адаптации должна предусматривать обеспечение, начиная с пренатального периода, качественных симбиотических связей в диаде «мать-дитя» и повышение уровня материнской компетентности в вопросах ответственного родительства.

Литература.

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. - СПб: Питер, 2010. – 272 с.
2. Пилягина Г. Я. Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском и подростковом возрасте. / Г.Я. Пилягина, Е. В. Дубровская // Мистецтво лікування. — 2007. — № 6. — С. 71–79.
3. Резников А.Г. пренатальный стресс и нейроэндокринная патология. / А.Г. Резников, В.П. Пишак, Н.Д. Носенко, С.С. Ткачук, В.Ф. Мыслицкий. // Черновцы: Медакадемія, 2004. – 351 с.
4. Розанов В. А. Психическое здоровье ребенка: природа или воспитание? / В. А. Розанов // 3 турботою про дитину. – № 4 (13). – 2010. – С. 32–34.
5. Cerezo M. A Mother-infant interaction and children's socio-emotional development with high- and low-risk mothers / M. A Cerezo, G. Pons-Salvador, R. M. Trenado // Infant Behav. Dev. – 2008. – Vol. 31, N 4. – P. 578–589.
6. Champagne F. A. Epigenetic mechanisms mediating the long-term effects of maternal care on development / F. A. Champagne, J. P. Curley // Neurosci Biobehav. Rev. – 2009. – Vol. 33, N 4. – P. 593–600.
7. Luipen S. J., Mc. Ewen B.S., Gunnar M.R., Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. Nat. Neurosci., 2009. - №10(6); P.434-445.
8. Szyf M. The early life environment and the epigenome / M. Szyf // Biochim. Biophys. Acta. – 2009. – Vol. 1790, N 9. – P. 878–885.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ РАБОТНИКОВ ШУМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Петрова Н.Н., Паньшина В.С.

ГБУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Постоянно действующий производственный шум влияет на психоэмоциональное состояние работника, усиливая его негативное влияние на орган слуха и организм в целом.

Цель исследования. Изучить психоэмоциональное состояние работников современного деревообрабатывающего предприятия, страдающих профессиональными нарушениями слуха.

Материалы и методы. Нами обследовано 45 человек, которые получали комплекс профилактических мероприятий, направленный на поддержание слуховой функции и включающий физиотерапию, трентал, триовит, успокаивающие кисели. Психоэмоциональное состояние определялось по методике САН дважды: до начала проведения и после профилактики. Каждый показатель - самочувствие, активность и настроение - измеряется по шкале от 1 до 7 баллов. Изучаемые показатели отражают подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). На рабочем месте всех обследуемых зарегистрировано превышение ПДУ шума. Нарушения слуха характеризовались ранними доклиническими признаками тугоухости. Средний возраст работников составил - 38,53±9,6 лет. Превышение ПДУ шума у работников – 6,13±5,08 дБА, стаж работы в условиях воздействия шума – 10,2±8,39 лет.

Результаты. До проведения профилактического лечения определялись следующие показатели САН: самочувствие 5,71±0,07 баллов, активность 4,98±0,28, настроение 5,92±0,16. После проведения профилактики отмечено улучшение по всем показателям: самочувствие 5,79±0,08 баллов, активность 5,4±0,25, настроение 6,09±0,14. При анализе структуры каждого показателя выявлено, что после проведения профилактического лечения самочувствие ниже среднего встречается у 33,33% (до лечения – у 46,67%), активность ниже средней – у 35,56% (до лечения – у 44,44%), а настроение ниже среднего - у 42,22% (до лечения – у 55,56%) работников.

Выводы. Психоэмоциональное состояние работников шумового производства после проведения профилактического лечения по результатам теста САН улучшается и характеризуется повышением всех трех исследуемых показателей. Данная методика может неоднократно применяться для определения психоэмоционального состояния у одних и тех же обследуемых лиц, а также для оценки эффективности профилактических мероприятий.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КОМПЛАЙЕНС СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Петрова Н.Н., Пилевина Ю.В., Шишкин А.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
медицинский факультет*

Приверженность пациентов к назначаемой терапии – фактор, в значительной степени определяющий эффективность лечения, поэтому изучение комплайенса у психосоматических больных является актуальной междисциплинарной проблемой

Объектом исследования явились 146 пациентов с ХСН 2 и 3 функционального класса (NYHA) в стабильном состоянии (100 мужчин и 46 женщин), наблюдавшиеся в Медицинском Центре на базе МСЧ №3, ОАО «Балтийский завод». Возраст пациентов от 46 до 79 лет (62,5±0,7 лет). Контрольную группу составили 30 пациентов с ИБС без ХСН (возраст 52,2±0,1 лет).

В исследовании были использованы шкала оценки комплаентности Drug attitude inventory (DAI-10) в сочетании с экспертной оценкой комплайенса. Анализировались такие показатели, как регулярность наблюдения; способ приёма и количество препаратов, пр. Психическое состояние оценивалось с применением шкал тревоги и депрессии Гамильтона. Статистический анализ осуществлялся с помощью стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0).

Полученные результаты показали, что согласно экспертной оценке комплайенса преобладали пациенты со средним уровнем комплайенса при довольно высокой частоте некомплаентности. Полный комплайенс наблюдался только у 14,89% пациентов, низкий - у 21,27% пациентов, в остальных случаях установлен частичный

комплаенс. COMPLAINT больных с ХСН выше по сравнению с кардиологическими больными без ХСН и больными с сочетанной (ИБС и ГБ) сердечно-сосудистой патологией.

Уровень COMPLAINT согласно самооценке пациентов составил 6,83 балла по шкале DAI-10, т.е. в целом по группе был удовлетворительным (согласно χ^2 -критерию Пирсона средний уровень соответствовал 6 баллам).

16,9% пациентов не принимали лекарства в назначенном режиме, 26,6% - принимали таблетки нерегулярно, 56,6% - соблюдали кратность и режим приёма препаратов в полном объеме.

Важно отметить, что субъективный и объективный COMPLAINT достоверно различаются ($\chi^2=0,08$), что свидетельствует о необходимости при изучении COMPLAINT проводить сопоставление этих вариантов оценки.

Приверженность к терапии у пациентов ХСН 3 ФК (NYHA) была достоверно выше, чем у пациентов с ХСН 2 ФК (NYHA) ($p=0,043$).

Показано, что показатели COMPLAINT снижались по мере увеличения количества принимаемых лекарственных препаратов. Приверженность пациентов с ХСН при приёме 6 и более таблеток была в 2 раза ниже по сравнению с больными, которые принимали 5 таблеток.

Психические расстройства наблюдаются у больных с ХСН со значительной частотой (73,1% случаев) и превышают по частоте и выраженности психические расстройства у больных без ХСН. В структуре психических расстройств преобладают аффективные расстройства, особенно тревожного спектра.

Установлено, что при наличии умеренно выраженной тревоги, подтвержденной результатами обследования по шкале тревоги Гамильтона, донозологического уровня, показатели COMPLAINT были достоверно выше, чем у больных с ХСН без тревоги ($7,3\pm 1,9$ и $5,7\pm 2,1$ балла по шкале DAI-10, соответственно; $p=0,013$). При депрессивных расстройствах уровень COMPLAINT был несколько ниже, чем при тревожных расстройствах или при их отсутствии.

Общие установки и ожидания от терапии имели наиболее высокие параметры у больных с ипохондрическими расстройствами. Показатель «Осознание болезни» был значительно выше у пациентов с обсессивно-компульсивной симптоматикой, что, видимо,

отражает наличие навязчивых мыслей, страхов, связанных с переживанием болезни и ее лечения. При депрессии осознание болезни было наиболее нарушено. При смешанном тревожном и депрессивном расстройстве общие установки на соблюдение режима были максимально снижены.

COMPLAINT больных с ХСН опосредуется выраженностью когнитивных расстройств, имеющих параллелизм с выраженностью депрессии и эффективностью терапии ($p<0,001$).

Повышение информированности пациентов в процессе проведения Школы для больных с ХСН заметно улучшало их COMPLAINT по сравнению с исходными показателями ($t=2,06$; $p=0,048$).

По данным исследования, к факторам, повышающим COMPLAINT, относятся немодифицируемые факторы: пожилой возраст, высшее образование, женский пол; модифицируемые факторы: отсутствие злоупотребления алкоголем, наличие аритмии (фибрилляция предсердий, постоянная форма), давность проведенного оперативного лечения (коронаропластика давностью менее 5 лет), лечение в профильном кардиологическом отделении стационара и наблюдение у кардиолога.

Улучшение COMPLAINT ведет к положительной динамике соматического состояния больных, что отражается в снижении концентрации натрийуретического пептида в крови и увеличении процента фракции выброса по данным эхокардиографии, а также повышению КЖ.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ НЕГАТИВНОЙ АФФЕКТИВНОСТИ У ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Рагозинская В.Г.

*Челябинский государственный университет,
кафедра специальной и клинической психологии*

Склонность индивида испытывать отрицательные эмоции (прежде всего, тревогу, депрессию и враждебность) и создавать негативную «Я-концепцию» в современной литературе обозначают термином «негативная аффективность» (Watson and Clark, 1984, цитата

по [5]). В последние годы она все чаще становится предметом психологических и медицинских исследований, которые свидетельствуют о том, что лица с высоким уровнем негативной аффективности чаще испытывают дистресс, дискомфорт и неудовлетворенность, в большей степени склонны к самоанализу и чаще фиксируются на своих неудачах и недостатках, на отрицательных сторонах происходящих событий [4]. В результате проведенных специалистами различного профиля исследований установлено, что эмоциональные нарушения – тревога, депрессия и враждебность лежат в основе психосоматических расстройств [4; 5; 9].

Данные фундаментальных нейробиологических исследований свидетельствуют о том, что важнейшую роль в генезе аффективных импульсов играют подкорковые структуры (центральное ядро миндалин, срединный центр таламуса и др.), тогда как коре отводится функция их преобразования в социально-приемлемые формы [8; 10]. Между тем, центральные механизмы и, в частности, вклад отдельных кортикальных зон в организацию различных форм и проявлений негативной аффективности изучены недостаточно.

С целью изучения нейрофизиологических коррелятов тревожности, агрессивности и депрессии нами были обследованы 100 человек от 18 до 60 лет (средний возраст 37,5 лет), страдающих психосоматическими заболеваниями (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, эссенциальная гипертензия, диффузный токсический зоб).

В настоящем исследовании мы использовали электроэнцефалографию (ЭЭГ) и методы психодиагностики: шкалу депрессии Зунге, шкалу оценки тревожности Ч. Спилберга, шкалу агрессивности Ч. Спилберга. Регистрация ЭЭГ производилась на 19-канальном цифровом электроэнцефалографе. 19 электродов (Fp1, Fp2, F7, F3, Fz, F4, F8, T3, C3, Cz, C4, T4, T5, P3, Pz, P4, T6, O1, O2) располагались по международной схеме 10x20 с использованием усредненного монополярного монтажа, при полосе пропускания от 1,5 (0.1 с) до 30 Гц. Референтными служили ушные электроды. Исследование проводилось в первой половине дня в экранированной звуко- и светоизолированной камере. После удаления артефактов производилась математическая обработка ЭЭГ. В настоящем докладе обсуждаются результаты спектрального и когерентного анализа ЭЭГ покоя. Спектральный анализ проводился для дельта- (1-4 Гц), тета- (4-8 Гц),

альфа- (8-12 Гц), бета1- (12-18 Гц), бета2- (18-25 Гц), гамма-диапазона (25-40 Гц). По всем безартефактным участкам ЭЭГ вычислялся средний спектр для каждого из 19 каналов. Усредненные показатели спектральной мощности сравнивались с помощью двухфакторного ANOVA для повторных измерений. Для всех анализов проводилась коррекция Greenhouse-Geisser.

По результатам спектрального анализа выявлено значимое повышение средней мощности ЭЭГ в Δ -диапазоне у испытуемых с высокими показателями аутоагрессии ($p < 0.03$), агрессивности как состояния ($p < 0.04$) и депрессии ($p < 0.05$), а также значимое повышение средней мощности в θ -диапазона у испытуемых с высокими показателями агрессивности как проявления темперамента ($p < 0.01$), при этом фокус максимальной мощности зарегистрирован в левых лобных (Fp1, F3, F7), теменных (Pz) и затылочных отведениях (O1, O2)

По результатам статистического анализа функций когерентности у испытуемых с высоким уровнем агрессивности как состояния зарегистрировано значимое изменение в распределении когерентных связей в Δ -диапазоне ($p < 0.01$), θ -диапазоне ($p < 0.02$) и β_2 -диапазоне ($p < 0.03$). У испытуемых с высоким уровнем личностной агрессивности зарегистрировано снижение числа значимых когерентных связей левого лобного отведения F7 с другими областями коры в α -диапазоне ($p < 0.03$). У испытуемых с высоким уровнем реактивной тревожности достоверно снижено число когерентных связей в θ -диапазоне ($p < 0.01$). У испытуемых с низким уровнем контроля агрессии значимо снижено число когерентных связей в Δ - ($p < 0.05$), θ - ($p < 0.04$), α - ($p < 0.01$), β_1 - ($p < 0.01$), β_2 - ($p < 0.01$) и γ - диапазонах ($p < 0.02$).

Таким образом, выявлены определенные сходства нейрофизиологических коррелятов тревожности и агрессивности – в виде роста мощности медленных ритмов с максимальным фокусом в лобных отделах. По мнению современных авторов, это явление может быть обусловлено внутренней концентрацией внимания и эмоциональной активацией [6], тревожностью [3], что согласуется с современными представлениями о связи агрессии с тревожностью, создающими охранительное поведение в виде непрерывного оценивания любых минимальных изменений в окружающей обстановке на предмет опасности и агрессивно-оборонительного реагирования в ответ на мнимую угрозу. При этом следует отметить, что в дан-

ном исследовании генерализованное повышение средней мощности медленной активности зарегистрировано у испытуемых с высокими показателями депрессии и аутоагрессии, которую от других форм агрессии отличает лишь направленность агрессивных реакций индивида на себя.

Асимметричное смещение пиковых значений мощности θ -активности в лобные отделы одного из полушарий может быть объяснено с позиций гипотезы приближения-удаления R. Davidson [12]. Так, фокус максимальных значений мощности θ -активности в левых лобных отделах, зафиксированный у лиц с высокими показателями агрессивности как проявлением темперамента, может отражать потребность приближения к источнику угрозы с целью его активного устранения. В то же время, соответствующее переживанию агрессивности как актуального состояния повышение мощности медленной активности в правых лобных отведениях можно интерпретировать как стремление к удалению от ситуативного источника агрессии во избежание социально нежелательных последствий. В пользу этого предположения свидетельствует зафиксированное в ходе настоящего исследования у испытуемых с высокими показателями агрессивности как актуального состояния повышение мощности Δ - и θ -активности в билатеральных теменно-височных отделах, участвующих, по мнению ряда авторов, в механизмах неспецифической эмоциональной активации и когнитивном контроле эмоциональных реакций [7]. Повышенной агрессивности как актуальному состоянию свойственны отклонения в распределении когерентных связей в низкочастотных диапазонах, по всей видимости, являющиеся отражением описанных выше явлений неспецифической эмоциональной активации и когнитивного контроля эмоциональных реакций.

При повышенной агрессивности как свойстве личности зафиксировано снижение когерентности в α -диапазоне. По мнению большинства исследователей, альфа-ритм представляет собой ритм расслабленного бодрствования, в то время как депрессию альфа-ритма связывают с изменениями функционального состояния [2]. В классических работах изменения в альфа-диапазоне ЭЭГ связываются с утомлением и психоэмоциональным напряжением [1; 3], повышением уровня тревожности и нейротизма [3, 11], что согласуется с данными литературы, относящими перечисленные феномены и

склонность к избирательному «захвату» угрожающей информации к кругу основных причин личностной агрессивности.

Повышению реактивной тревожности и снижению контроля агрессии сопутствует снижение числа когерентных связей во всех частотных диапазонах ЭЭГ и отклонение в их распределении. При этом максимально выраженные отклонения захватывают зоны левых височных и лобных отделов, которые участвуют в организации внутренней речи, являющейся регулятором произвольного поведения у человека [10]. По данным литературы, когерентность между двумя отведениями отражает число и мощность аксональных взаимосвязей между соответствующими областями мозга, поскольку синхронизированные колебания в нейронных сетях наблюдаются только в том случае, если они связаны между собой [3]. Согласно этим представлениям, отклонение в синхронизации биопотенциалов зон коры между левыми височными и лобными отведениями у испытуемых с низким контролем агрессии можно рассматривать как свидетельство ослабления вероятности их функциональной интеграции и снижения функций произвольного самоконтроля.

Выявленные в настоящем исследовании особенности пространственной организации ЭЭГ испытуемых с высокими значениями различных форм негативной аффективности могут свидетельствовать о недостаточности межцентральных взаимодействий, обеспечивающих функциональные возможности мозга и организма в целом, а также некотором ослаблении деятельности ассоциативных структур головного мозга, реализующих высший (символический) уровень аффективной саморегуляции.

Литература.

1. Василевский Н.Н., Сороко С.И., Зингерман А.М. Психофизиологические основы индивидуально-типологических особенностей человека // Механизмы деятельности мозга человека. Ч. 1. Нейрофизиология человека. – Л.: Наука, 1988. – С. 455-490.
2. Гнездицкий В.В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография. – Таганрог: Изд-во ТРТУ. – 2000. – 640 с.
3. Гусельников В.И., Изнак А.Ф. Ритмическая активность в сенсорных системах. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1983, 214 с.
4. Медицинская психология: новейший справочник практического психолога / Сост. С.Л. Соловьева. М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. 575 с.

5. Охматовская А.В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическими заболеваниями. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2001. – 120 с.
6. Русалова М.Н., Костюнина М.Б. Частотно-амплитудные характеристики левого и правого полушарий при мысленном воспроизведении эмоционально окрашенных образов // Физиология человека. – 1999. – Т.25. - №5. – С.50-56.
7. Савотина Л.Н. Нейрофизиологические корреляты восприятия мотивационно значимых стимулов и переживания эмоций у человека. Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – Новосибирск, 2005 – 21 с.
8. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. – М., 1981. – с. 215.
9. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М., Медицина, 1986. – 384 с.
10. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
11. Becker-Carus C. Relationship between EEG, personality and vigilance // Electroencephalogr. clin. Neurophysiol. – 1971. – V. 30, N 6. - P. 519-526.
12. Davidson R.J., Ekman P., Saron C.D., Senulis J.A., Friesen W.V. Approach-withdrawal and cerebral asymmetry: emotional expression and brain physiology // J. Person. Soc. Psychol. – 1990b. – Vol.58 – N.2. P.330-341.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ СТРЕССА

Радюк О.М.

Белорусский государственный университет, г. Минск

Цель данной работы – представить вниманию профессионального сообщества модель стресса, позволяющую как углубить понимание механизма развития связанных со стрессом психосоматических заболеваний, психических и поведенческих расстройств, так и повысить эффективность терапии благодаря всестороннему рассмотрению потенциальных «мишеней» терапевтических вмешательств.

В настоящее время существуют три основных группы научных подходов к пониманию стресса: 1) стресс как ответная реакция на беспокоящее или вредное окружение, проявляющаяся в состоя-

ниях нервно-психической напряженности, негативных эмоциональных переживаниях, защитных реакциях, состояниях дезадаптации и патологии; 2) стресс как характеристика внешней среды с точки зрения беспокоящих или разрушающих стимулов (стресс-факторов, стрессоров); 3) стресс как взаимодействие человека и среды, как ответная реакция на отсутствие «соответствия» между возможностями личности и требованиями со стороны среды [Водопьянова Н.Е., 2009; Нестерова О.В., 2012]. В данной работе мы будем использовать слово «стресс» в первом из трёх указанных выше значений.

Влияющие на человека стрессоры по уровню их воздействия могут быть поделены на две группы: физиологические и психологические. Физиологические стрессоры (кофеин, магнитные бури, резкие перепады температур и т.п.) «включают» стрессовую реакцию вне зависимости от их осознания человеком. Психологические стрессоры, чтобы оказать стрессогенное воздействие, в обязательном порядке должны быть осознаны. Поскольку в жизни современного человека доминирующее положение занимают именно психологические стрессоры, в целях упрощения модели мы сознательно исключили из рассмотрения стрессоры физиологические. Представленная здесь модель описывает влияние только психологических стрессоров.

Развитие стрессовой реакции начинается с осознания стрессогенной ситуации. Мысли о ситуации сопоставляются с двумя категориями когнитивных: 1) с опасениями – воспоминаниями о прежнем негативном опыте, связанном с подобными ситуациями; 2) с имеющимися у человека ожиданиями касательно данной ситуации. Если ситуация потенциально связана с негативным опытом либо не совпадает с ожиданиями, то она автоматически расценивается как угрожающая, что приводит к немедленному запуску стрессовой реакции и повышению уровня психоэмоционального и физиологического напряжения (рис. 1).

Нарастание уровня стресса приводит к появлению новых и усилению имеющихся симптомов стресса и появлению последствий стресса (рис. 2).

Симптомы стресса могут быть поделены на четыре группы: физиологические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие.

Физиологические симптомы стресса: головные боли, мигрень; нарушение пищеварения, вздутие живота образующимися



Рис. 1. Запуск стрессовой реакции.



Рис. 2. Симптомы и последствия стресса.

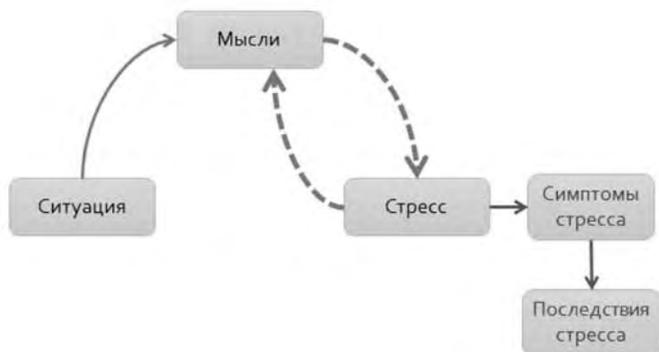


Рис. 3. Первый порочный круг.

газами; запор или диарея; спазматические, резкие боли в животе; сердцебиение, ощущение, что сердце бьётся сильно, нерегулярно или часто; чувство нехватки воздуха на вдохе; тошнота; утомление; повышенная потливость; сжатые кулаки или челюсти; частые простудные заболевания, грипп, инфекции; быстрое увеличение или потеря веса тела; частое мочеиспускание; мышечное напряжение, частые боли в шее и спине; чувство комка в горле; двоение в глазах и затруднения при рассматривании предметов.

Эмоциональные симптомы стресса: раздражительность; беспокойство; подозрительность; мрачное настроение, депрессия; суетливость; ощущение напряжения; истощенность; подверженность приступам гнева; циничный, неуместный юмор; ощущение нервозности, боязливости, тревоги; потеря уверенности; уменьшение удовлетворенности жизнью; чувство отчужденности; отсутствие заинтересованности; сниженная самооценка; неудовлетворенность работой.

Когнитивные симптомы стресса: нерешительность; ослабление памяти; ухудшение концентрации внимания; повышенная отвлекаемость; «туннельное» зрение; плохие сны, кошмары; ошибочные действия; потеря инициативы; постоянные негативные мысли; нарушение суждений; спутанное мышление; импульсивное мышление; поспешные решения; мысли о собственной «ненормальности»; мысли о «смертельном заболевании»; навязчивые идеи.

Поведенческие симптомы стресса: потеря аппетита или переедание; плохое вождение автомобиля; нарушение речи; дрожание голоса; увеличение проблем в семье; плохое распределение времени; избегание поддерживающих, дружеских отношений; неухоженность; антисоциальное поведение, лживость; неспособность к развитию; низкая продуктивность; склонность к авариям; нарушение сна или бессонница; более интенсивное курение и употребление алкоголя; доделывание работы дома; слишком большая занятость, чтобы отдохнуть.

Представленные списки симптомов не являются исчерпывающими и охватывают лишь наиболее частые из них.

Если стресс становится слишком сильным и/или слишком длительным, его проявления могут приводить к формированию различных последствий, которые также могут быть поделены на четыре категории:

- **Психосоматические заболевания** (например: гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, инфаркт, инсульт, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).

- **Психические и поведенческие расстройства** (депрессии, реактивные психозы, невротические и связанные со стрессом расстройства, соматоформные вегетативные дисфункции, нарушения сна неорганической природы и т.п.).

- **Организационные проблемы** (например: ухудшение психологической атмосферы в организации, повышение конфликтности, падение инициативности, снижение привлекательности работы, снижение работоспособности, ухудшение качественных и количественных показателей труда, снижение трудовой мотивации, увеличение частоты перерывов, увеличение текучести кадров, уровня заболеваемости, числа несчастных случаев на производстве, числа прогулов).

- **Социальные проблемы** (ухудшение социального здоровья в результате повышения уровня преступности, снижения качества жизни и т.д.).

Именно широкий спектр вызванных стрессом проблем позволяет называть данную модель универсальной.

Повышение уровня стресса нередко приводит к появлению новых и усилению существовавших ранее стрессогенных мыслей, которые, в свою очередь, вызывают ещё большее усиление стресса и его проявлений, формируя, таким образом, первый порочный круг (рис. 3; порочные круги здесь и далее выделены пунктиром).

Кроме того, нарастание стресса нередко приводит также и к изменению поведения человека. Как уже указывалось выше, стресс сопровождается ухудшением когнитивных функций и нарастанием эмоционального напряжения. Оба фактора, как правило, оказывают негативное влияние на поведение, приводя в итоге к усугублению стрессогенной ситуации. Так происходит формирование второго порочного круга (рис. 4).

Третий порочный круг формируется, когда проявления стресса становятся независимой стрессогенной ситуацией (рис. 5).

И, наконец, поведение может изменить мысли человека и сделать его более чувствительным к воздействию стрессогенных ситуаций в будущем. Так формируется четвёртый порочный круг (рис. 6).



Рис. 4. Второй порочный круг.



Рис. 5. Третий порочный круг.



Рис. 6. Четвёртый порочный круг.

Таким образом, универсальная модель стресса включает в себя четыре основных звена (ситуацию, мысли, стресс, поведение), связи между которыми могут формировать несколько порочных кругов (рис. 7).

Модель делает очевидной неспособность симптоматической помощи коренным образом помочь в разрешении вызванных стрессом проблем. Устранение последствий стресса без влияния на механизм его развития не приведёт к сколько-нибудь долговременным положительным результатам. Для получения действительно стабильных результатов необходимо вмешательство на уровне ключевых звеньев (рис. 8).

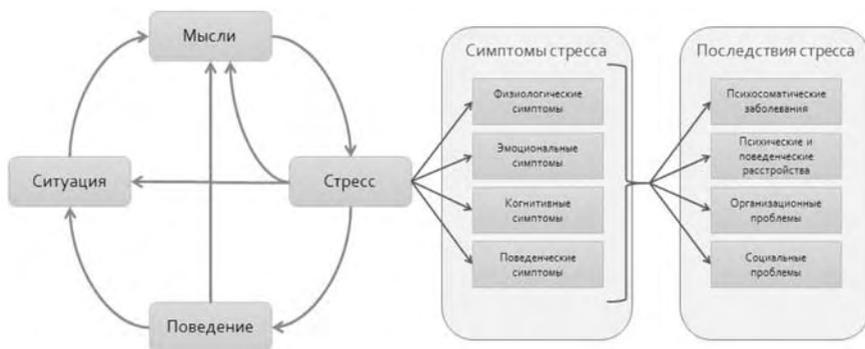


Рис. 7. Универсальная модель стресса.



Рис. 8. Терапевтические мишени.

Как показано на рис. 8, существуют четыре возможных варианта эффективных интервенций: 1) устранение стрессора; 2) изменение отношения к ситуации; 3) изменение поведения; 4) снижение уровня стресса (напряжения). Первая задача, если только она выполнима, не требует профессиональной помощи и может быть решена пациентом самостоятельно. Задачи 2, 3 и 4 можно условно отнести к «психотерапевтическим», поскольку в большинстве случаев здесь используются когнитивные и поведенческие методы психотерапии (однако в релаксационных целях могут использоваться и иные методы: фармакотерапия, физиотерапия и т.д.; а в некоторых случаях решение указанных задач может выходить далеко за рамки психотерапии, как, например, при работе с организационными последствиями стресса).

Изменение отношения к ситуации успешно осуществляется с помощью методов когнитивной (рационально-эмотивной) психотерапии. Изменение поведения – задача поведенческих методов психотерапии. Снизить уровень стресса без изменения стрессогенной ситуации и вызванных ею когниций можно с помощью обучения нервно-мышечной релаксации и других релаксирующих воздействий (физиотерапии, противотревожной фармакотерапии, седативной фитотерапии и т.п.). Следует отметить, что релаксационный тренинг формально относится к поведенческим методам психотерапии, а значит, психотерапевтические задачи (изменение отношения, изменение поведения, снижение уровня стресса) могут быть успешно решены с помощью когнитивных и поведенческих методов психотерапии.

ХАРАКТЕРИСТИКИ МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Рахматуллина Э.Н.

РГПУ им. А.И. Герцена

Обеспечение психологической адаптации школьников, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, является одной из актуальных практических задач клинической психологии. Особую трудность решение этой задачи представляет при работе с подростками. Кризисный этап развития совпадает у них с актуально возрастающими интеллектуальными нагрузками, а также требованиями к личностной зрелости. При наличии хронического со-

матического заболевания ограниченность адаптационных ресурсов, обусловленная сложными психосоматическими и соматопсихическими нарушениями, может определить повышенный риск возникновения психических расстройств именно в подростковый период. Ярким примером этого может служить подверженность расстройствам адаптации подростков с сахарным диабетом 1 типа (СД1) [3].

Показано, что СД1 может сопровождаться различными неспецифическими нарушениями в психической сфере, как возникающими на органическом фоне, так и являющимися следствием хронического психологического стресса [1]. Нарушения в интеллектуальной сфере, имеющие соматогенную природу, при СД1 могут достигать степени выраженности легких когнитивных расстройств, в особенности при раннем начале и неудовлетворительной компенсации заболевания, значительном диабетическом «стаже», наличии сосудистых и неврологических осложнений [2].

Исследования, касающиеся последствий СД1 для познавательных функций в подростковом возрасте, противоречивы. В ряде работ показано негативное влияние СД1 на вербальную память подростков, особенно при манифестации болезни в раннем возрасте [5,6]. В то же время в некоторых исследованиях различия в интеллектуальной и эмоциональной сфере между условно здоровыми подростками и пациентами с СД1 не выявляются [4].

Таким образом, проблема влияния СД1 на когнитивные функции в подростковом возрасте остается недостаточно изученной. А между тем корректная оценка риска подобных нарушений в зависимости от характера течения болезни представляется весьма значимой для разработки программ индивидуального психолого-педагогического сопровождения старших школьников в процессе учебы.

Все вышеизложенное определило цель настоящего исследования: определение характеристик мнестических функций у подростков, страдающих СД1, в зависимости от степени компенсации заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения Республиканской детской клинической больницы г. Уфа. Обследовано 84 подростка в возрасте от 13 до 16 ($14,9 \pm 1$) лет с диагнозом СД1: 39 мальчиков (46,4%), 45 (53,6%) девочек, госпитализированных в связи с плановым лечением. Продолжительность заболевания составила от 4 до 12 лет (средняя продолжительность $7,4 \pm$

2,1 года). В качестве контрольной группы обследовано 33 условно здоровых подростка соответствующего возраста ($14,6 \pm 0,9$ лет).

На основании степени компенсации болезни, оценивавшейся по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c), в клинической группе было выделено две подгруппы: 29 пациентов с удовлетворительной компенсацией СД1 ($HbA1c \leq 8,0\%$), 55 пациентов с неудовлетворительной компенсацией заболевания ($HbA1c > 8,0\%$).

Для оценки мнестических функций использовались методика «10 слов» (с оценкой кратковременной и долговременной памяти), а также методика для оценки логической и механической памяти в процессе выполнения которой испытуемому предлагается воспроизвести слова из двух рядов. В первом ряду слова связаны по смыслу, во втором логическая связь отсутствует.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием статистического пакета SPSS 10.0. Уровень достоверности различий между группами определялся с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. В Таблице 1 представлены результаты изучения кратковременной и долговременной памяти у подростков, страдающих сахарным диабетом и у здоровых подростков. У подростков с СД1 результаты исследования памяти по сравнению с группой здоровых подростков того же возраста оказались ниже.

Таблица 1.
Характеристики кратковременной и долговременной памяти у здоровых и страдающих СД1 подростков

Группа	Кол-во слов после 1-го запоминания	Кол-во слов после 3-го запоминания	Кол-во слов спустя час
Здоровые подростки	$7,3 \pm 1,7$	$8,6 \pm 1$	$7,4 \pm 0,8$
Подростки с СД1 (удовлетворительная компенсация)	$6,5 \pm 1,9$	$8,5 \pm 0,9$	$6,7 \pm 1,3$
p (в сравнении с группой здоровых подростков)	$\geq 0,05$	$\geq 0,05$	$\geq 0,05$
Подростки с СД1 (неудовлетворительная компенсация)	$6,3 \pm 1,9$	$8,1 \pm 0,7$	$5,9 \pm 0,4$
p (в сравнении с группой здоровых подростков)	$\leq 0,01$	$\leq 0,01$	$\leq 0,01$

Изучение мнемической деятельности у больных диабетом подростков в зависимости от состояния углеводного обмена выявило следующее. У больных с компенсированным СД1 показатели как кратковременной, так и долговременной памяти достоверно не отличались от показателей группы здоровых подростков. Объем как кратковременной, так и долговременной памяти у подростков с декомпенсированным заболеванием достоверно ниже, чем в группе здоровых подростков.

Аналогичная тенденция наблюдается и при исследовании логической и механической памяти (Таблица 2).

Таблица 2.

Объем логической и механической памяти у здоровых и подростков с СД1

Группа	Объем логической памяти			Объем механической памяти		
	Кол-во слов 1-го ряда (A ₁)	Кол-во запомненных слов (B ₁)	Коэффициент логической памяти (C ₁ = B ₁ /A ₁)	Кол-во слов 2-го ряда (A ₂)	Кол-во запомненных слов (B ₂)	Коэффициент механической памяти (C ₂ = B ₂ /A ₂)
Здоровые подростки	20	17,8±0,7	0,89±0,04	20	18,3±1,1	0,91±0,02
Подростки с СД1 (удовлетворительная компенсация)	20	16,4±0,9	0,82±0,05	20	17,8±0,05	0,89±0,02
р (в сравнении с группой здоровых подростков)		p ≥ 0,05	p ≥ 0,05		p ≥ 0,05	p ≥ 0,05
Подростки с СД1 (неудовлетворительная компенсация)	20	13,2±0,5	0,66±0,04	20	14,3±0,9	0,71±0,03

р (в сравнении с группой здоровых подростков)		≤ 0,05	≤ 0,05		≤ 0,05	≤ 0,05
---	--	--------	--------	--	--------	--------

Анализ полученных данных показал, что объем как логической, так и механической памяти у подростков с неудовлетворительной компенсацией СД1 ниже, чем аналогичные показатели у подростков с СД1, находящихся в стадии компенсации, и у здоровых подростков.

Таким образом, по мнемическим функциям подростки с СД1 в стадии компенсации не отличаются от своих здоровых сверстников. Вместе с тем при декомпенсации заболевания возможны нарушения мнемической деятельности в ее различных аспектах (кратковременная и долговременная, механическая и логическая память).

Литература.

1. Выборных Д.Э. Психические нарушения при сахарном диабете. – М.: Российский научный центр психического здоровья РАМН, 1994.
2. Frier B.M. Cognitive functioning in type 1 diabetes: the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) revisited // Diabetologia. 2011 Feb; 54(2), 233-236.
3. Kakleas K., Kandyla B., Karayianni C., Karavanaki K. (2009). Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. Diabetes and Metabolism, 35(5), 339-350.
4. Ly TT, Anderson M, McNamara KA, Davis EA, Jones TW. Neurocognitive outcomes in young adults with early-onset type 1 diabetes: a prospective follow-up study. Diabetes Care. 2011 Oct;34(10):2192-7.
5. Northam, E. A., Anderson, P. J., Jacobs, R., Hughes, M., Warner, G. L., & Werther, G. A. (2001). Neuropsychological profiles of children with type 1 diabetes 6 years after disease onset. Diabetes Care, 24, 1541–1546.
6. Rovet, J. F., & Ehrlich, R. M. (1999). The effect of hypoglycemic seizures on cognitive function in children with diabetes: A 7-year prospective study. Journal of Pediatrics, 134, 503–506.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Рожкова А.В., Чутко Л.С., Сидоренко В.А.,
Сурушкина С.Ю., Сергеев А.В.

*Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой,
Санкт-Петербург*

Деятельность, связанная с интенсивным и эмоционально напряженным взаимодействием с людьми, может являться причиной профессионального стресса и приводить к развитию синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). СЭВ характеризуется постепенной утратой эмоциональной, когнитивной и физической энергии, и проявляется в симптомах эмоционального и умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Данному патологическому состоянию наиболее подвержены представители «помогающих» профессий и управленческий персонал: медицинские работники, менеджеры, педагоги, психологи и сотрудники правоохранительных органов. С. Maslach (1982) показала, что средний медицинский персонал психиатрических клиник обычно «выгорает» через 1,5 года профессиональной деятельности, юристы через два года, а социальные работники через 2-4 года. При этом степень выраженности «перегорания» неодинакова у представителей различных специализаций. В исследовании М.М. Скугаревской (2002), проведенном среди врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов показано, что почти 80% из их числа, имеют различной степени выраженности признаки синдрома эмоционального выгорания; при этом 7,8% имеют резко выраженные проявления синдрома, ведущие к психосоматическим нарушениям и зависимостям. По данным Н. Водопьяновой и Е. Старченковой, выгорание чаще встречается у сотрудников государственных медицинских учреждений по сравнению с частными клиниками (2005). Это может быть обусловлено различиями в оплате труда и организационных условиях работы.

С. Cherniss в 1980 году определил данное состояние как потерю мотивации в работе в ответ на чрезмерные обязательства, неудовлетворенность, реализующуюся в психологическом уходе и эмоциональном истощении. В дальнейшем С. Maslach обозна-

чила основные признаки СЭВ: эмоциональную истощенность, деперсонализацию и редуцирование профессиональных достижений. Под эмоциональным истощением понимают чувство эмоциональной опустошенности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью. Под деперсонализацией в данном случае понимается не классическое психиатрическое понимание данного термина, а скорее понижение личностного компонента в профессиональной деятельности. Деперсонализация проявляется в виде дегуманизации отношений к объектам своей деятельности (пациентам/клиентам): холодности, формализации контактов, черствости, цинизма. Редукция личных профессиональных достижений – занижение профессиональных успехов, возникновение чувства собственной некомпетентности в своей профессиональной сфере. С. Maslach и S. Jackson (1986) отметили, что мужчинам более присуща высокая степень деперсонализации (дегуманизации), а женщинам – более высокое эмоциональное истощение (14).

По мнению В.В.Бойко (2004), СЭВ представляет собой выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. W.B. Schaufeli (1999) отметил тесную связь появления выгорания и чувства несправедливости, социальной незащищенности, социально-экономической нестабильности.

По мнению С. Maslach (1982), выгорание возникает поэтапно, в соответствии, со стадиями стресса:

1. Эмоциональное напряжение, тревога;
2. Сопротивление - человек пытается оградить себя от неприятных эмоций;
3. Истощение ресурсов, вследствие неэффективности сопротивления.

Целью данного исследования явилось изучение качества жизни пациентов с СЭВ.

Материалы и методы исследования. Исследуемую группу составили 33 пациента мужского пола в возрасте от 25 до 45 лет с выраженными проявлениями СЭВ. Средний возраст пациентов составил 37±7.3 лет. Постановка диагноза осуществлялась на основании критериев МКБ-10. Критерием включения являлись признаки СЭВ согласно С. Maslach. Критериями исключения являлось нали-

чие в анамнезе депрессивных эпизодов, биполярного расстройства, шизофрении, органических заболеваний нервной системы, хронических соматических заболеваний в стадии обострения. Оценка проявлений СЭВ проводилась с помощью опросника В.В.Бойко. Использование данного опросника позволило включить в данную группу пациентов находящихся на 3 фазе формирования «выгорания» - фазе «истощения».

Для объективизации степени выраженности астенических расстройств и их динамики в процессе лечения использовалась Субъективная Шкала Оценки Астении (MFI-20) с пятью подшкалами. Шкала состоит из 20 утверждений, отражающих общую астению, пониженную активность, снижение мотивации, физическую астению и психическую астению. Каждый пункт оценивается от 1 до 5 баллов. Кроме этого использовалась Визуальная Аналоговая Шкала Астении (10-балльный вариант). Балл 0 соответствовал отсутствию усталости, уровень 10 баллов соответствовал максимальной степени усталости. Для оценки уровня тревожности и депрессии использовалась госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS).

Качество жизни изучалось при помощи русской версии опросника SF-36. Результаты представлялись в виде бальных оценок по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Количественно оценивались следующие показатели:

1. **ФФ** - физическое функционирование, отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. **РФФ** - ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. **ИБ** - интенсивность физической боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая ра-

боту по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. **ОСЗ** - общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже баллы по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. **ЖА** - жизненная активность подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. **СФ** - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. **РЭФ** - ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. **ПЗ** - психическое здоровье, характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Контрольную группу составили 35 практически здоровых людей в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст - 36,3±7,2 лет).

Результаты исследования. При обследовании пациентов средняя суммарная выраженность по шкале Бойко составила 168,5±41,7 баллов, что свидетельствовало о наличии сформировавшейся стадии СЭВ. Необходимо отметить, что в наибольшей степени были выражены симптомы, относящиеся к фазе истощения – наиболее выраженной стадии СЭВ. Средний показатель данной фазы выгорания составил 82,5±18,6 баллов.

Клиническая картина у большинства пациентов характеризовалась выраженной астенической симптоматикой. При этом отмечалась наибольшая выраженность астении по субшкалам «пониженная активность», «общая астения», «снижение мотивации». Пациенты оценили степень выраженности своей утомляемости по ВАШ в среднем в $8,3 \pm 1,5$ балла.

Кроме этого пациенты с СЭВ характеризовались клинически выраженным уровнем тревоги и субклинически выраженным уровнем депрессии. Данные показатели достоверно выше соответствующих показателей в контрольной группе. Пациенты с СЭВ характеризуются по сравнению со здоровыми людьми снижением качества жизни по всем показателям, особенно по уровню жизненной активности, общего состояния здоровья, психического здоровья.

Обсуждение. Проведенное нами исследование показывает выраженное снижение качества жизни у пациентов с СЭВ, причем, не только по показателю жизненной активности, отражающему истощаемость, но и по показателям общего и психического здоровья, что свидетельствует о выраженных эмоциональных нарушениях и негативных оценках больными своего состояния здоровья в настоящий момент и оценках перспектив лечения.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ростовщиков В.В., Иванчук Э.Г.

Волгоградский государственный медицинский университет

На взаимосвязь сосудистой патологии, в частности, церебрального инсульта, с депрессивными расстройствами указывалось давно. Однако работ, посвященных этой актуальной проблеме, где раскрывались бы клинические особенности аффективной патологии в рамках сосудистого заболевания, в настоящее время явно недостаточно. Хотя, как известно, во всем мире наблюдается рост как сосудистых церебральных заболеваний, так и связанных с ними аффективных расстройств.

Нами предпринята попытка проанализировать особенности развития депрессивных состояний в рамках перенесенного мозгового инсульта.

Были исследованы 36 больных, в возрасте от 47 до 72 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, с помощью клинико-психопатологического, нейропсихологического и компьютерно-томографического методов диагностики.

Среди всех исследованных больных депрессивные расстройства отмечались у 61% респондентов. У 14% из них депрессия развивалась в течение первых двух недель после ОНМК, у 42% - в течение от одного до четырех месяцев, и у 44% - в более поздние сроки.

Выявлено, что депрессивные симптомы могли быть как эндогенноморфные, так и психогенные, возникающие, по-видимому, как осознание пережитой угрозы здоровью и социальному статусу.

При меланхолическом варианте постинсультных депрессий чаще всего наблюдалась апатическая симптоматика, где тревожный компонент был незначителен. В то же время в рамках реактивного депрессивного реагирования уровень тревоги был достаточно высок и часто коррелировал со степенью когнитивной сохранности.

При нейропсихологическом исследовании и компьютерной визуализации выявлялись следующие корреляты: меланхолические варианты депрессии были взаимосвязаны с поражением лобно-височных отделов левого полушария и ствола мозга, что давало клинически наиболее типичные симптомы эндогенной депрессии. Правополушарное поражение не давало четких корреляций с особенностями клиники депрессивных состояний. Нейропсихологическое исследование выявляло практически весь спектр когнитивных расстройств – снижение слухоречевой и зрительной памяти, ухудшение различных видов праксиса, гнозиса, внимания.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило достоверно выделить клинические особенности депрессивных расстройств у больных после церебрального инсульта.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Свиридова Т.В., Мазурова Н.В., Лазуренко С.Б.

Научный центр здоровья детей, Москва

Рост числа заболеваний ЖКТ у детей, комплексный системный подход к лечению, поиск эффективных немедикаментозных методов восстановительной помощи определили необходимость включения психологической коррекции в структуру комплексной помощи. С целью определения содержания психологической помощи детям с заболеваниями органов пищеварения психологами НЦЗД РАМН были проанализированы сведения комплексных психолого-педагогических обследований 140 детей и подростков с заболеваниями ЖКТ (от 7 до 17 лет), из которых 93 пациента проходили лечение в круглосуточном стационаре и 47 пациентов восстанавливали здоровье в дневном стационаре. Все пациенты прошли стандартное психологическое обследование, включающее анализ анамнестических данных, результатов клинических и лабораторных обследований состояния здоровья ребенка, беседу с лечащим врачом, наблюдение, проективные методы, метод анализа продуктов деятельности. Установлено, что у 57% детей с заболеваниями органов пищеварения различной этиологии наблюдаются трудности социально-психологической адаптации. В силу тяжести заболевания их образ жизни существенно отличается от социальных условий здоровых сверстников. У таких детей наблюдаются «эффект выученной беспомощности», нарушения эмоционально-волевой сферы, акцентуации характера по сензитивному и лабильному типам, коммуникативные трудности и нарушение процессов познания и усвоения нового. У другой части 25% детей с хроническим течением болезни выявлены нарушения развития личности. Их образ жизни значительно отличается от образа жизни здоровых сверстников в силу сочетанных нарушений здоровья. У данных детей выявлены выраженные трудности общения и социальной адаптации, грубые искажения эмоционально-волевой сферы и поведения, а также нарушение познавательной деятельности. Лишь у 18% детей психическое развитие происходило гармонично. Психологическое обследование выяви-

ло у детей эффективные защитно-приспособительные механизмы, высокий уровень социальной и коммуникативной компетентности, успешное усвоение школьной программы. В силу легкого течения болезни их образ жизни существенно не изменился. Таким образом, большинство детей с заболеваниями органов пищеварения нуждаются в определении и создании специальных психолого-педагогических условий для успешного развития их личности. Содержание психологической помощи в процессе лечения должно быть дифференцированным и определяться в зависимости от этиологии, тяжести и особенностей течения болезни, социальной ситуации развития, индивидуально-психологических характеристик ребенка.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Сметанников П.Г.

Гипертоническая болезнь – это самостоятельное сосудистое заболевание неврогенно – психогенной этиологии, в патогенезе которого главным является нарушение центральной корковой (центрэнцефалической) либо подкорковой (гипоталамической) регуляции сосудистого тонуса. Клинически проявляясь повышением артериального давления (из-за спазма сосудов) на различных стадиях своего развития, она сопровождается как соматическими (расширение сердца, аорты), так и нередко нервно-психическими расстройствами. Среди широкого круга гипертонических психических расстройств – психопатоподобные состояния, деменции, неврозоподобные картины и психозы – именно при двух последних из них наиболее ярко проявляется значение психосоматических взаимоотношений.

Из группы неврозоподобных состояний при гипертонической болезни наиболее частыми являются псевдоневрастеническое и навязчиво-фобические состояния. Псевдоневрастеническое состояние здесь проявляется раздражительностью, эмоциональной и общей психической лабильностью, головной болью, нарушениями сна, т.е. повышением общей психической возбудимости. Неврастения здесь лишь напоминает гиперстеническую форму невроза. Ввиду сосудистой основы болезни, головная боль име-

ет свою локализацию, и неврастения по ходу прогрессирования сосудистой болезни все более усиливается и сопровождается головокружением.

По мере развития заболевания в картине такого псевдо-неврастенического состояния в дальнейшем выявляются и начинают преобладать быстрая утомляемость, психическая вялость, снижение работоспособности и настроения. Иными словами налицо уже у больного гипостеническая фаза того же неврастеноподобного состояния, сформировавшаяся в связи с нарастающим ослаблением процесса возбуждения в коре головного мозга больного. Налицо высокая роль психосоматического взаимодействия на самых начальных, наиболее «тонких» психических расстройствах при гипертонической болезни – именно при невротоподобных состояниях при ней. И именно такие невротоподобные состояния у больных на 1-й и 2-й стадиях гипертонической болезни могут наблюдаться в течении ряда лет, определяющие здесь столь четкие психосоматические взаимодействия.

Навязчиво-фобические картины невротоподобных состояний при гипертонической болезни проявляются различными навязчивыми страхами, впервые в жизни возникшими в позднем или зрелом возрасте в связи с повышением артериального давления. У больных наблюдаются различные фобии – высоты, загрязнения, замкнутых пространств, наиболее же часто – боязнь увечья, телесного повреждения, заболеть злокачественной опухолью (канцерофобия), самая же мучительная – кардиофобия, т.е. разнообразные нозофобии. Две последние формы этих нозофобий – наименее курабельны. Клинический опыт и более детальное изучение вопроса показывают, что и при навязчиво – фобическом варианте невротоподобных состояний выявляются те же тенденции нарастания расстройств в процессе течения болезни, что и при первой – псевдо-неврастенической картине.

Клинической особенностью гипертонических невротоподобных состояний является возможность далеко идущего ослабления их симптоматики при смягчении гемодинамических расстройств вплоть до полной (временной) ее редукции при нормализации церебральной гемодинамики. Последнее действительно и для далеко зашедших стадий болезни (за исключением ослабления памяти и интеллекта на 2-й и 3-й стадии болезни).

Врачам – клиницистам – неврологам и психиатрам хорошо известна малая курабельность упоминавшихся выше навязчивых фобий (клаустрофобии, оксифобии, гипсофобии, в особенности же кардиофобии). Что касается двух последних форм, то фактически их считают почти неизлечимыми. И в этой связи факт их существенного послабления и иногда даже полной редукции в рамках развернутых гипертонических навязчиво-фобических невротоподобных состояний при существенном улучшении гемодинамических показателей и даже при их нормализации демонстрируют прямые и яркие психосоматические взаимодействия в пределах нервно – психических расстройств при гипертонической болезни. Особенно впечатляет, что это действительно не только с 1-й стадией гипертонической болезни, но и для больных с более тяжелыми ее этапами. Это указывает на неисчерпаемые лечебные и реабилитационные возможности при еще более глубоком раскрытии наукой психосоматических взаимодействий в организме человека.

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА РАЗВИТИЕ У РЕБЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Сокина А.А.

Проблема детско-родительских отношений в современном обществе и семье является очень острой. Актуальность исследования связана с ростом эмоциональных нарушений у детей, с появлением в структуре детско-родительских отношениях деструктивных элементов, которые ведут к соматизации детей.

Большинство исследований, как отечественных, так и зарубежных, анализируют родительское отношение с точки зрения обеспечения условий для развития ребенка (Л.С. Выготский, Б.Г. Ананьев, А.Я. Варга, И.С. Кон, Г.Г. Филлипова).

Юнг К.Г. во введении к книге Ф.Дж. Вика «Анализ детской души» выделяет в качестве доминирующего фактора развития ребенка и особенностей его жизни влияние родителей [5], т.к. ситуация в семье может привести к формированию хронического психического стресса.

Ориентируясь на выше сказанное, можно выделить проблему исследования, заключающуюся в установлении детско-родительских отношений как доминирующей причины развития эмоциональных нарушений у детей.

Объект исследования: особенности эмоциональных проявлений младших школьников. Предмет исследования: детско-родительские отношения и их влияние на эмоциональную сферу младших школьников.

Гипотеза: значительным фактором, влияющим на благополучное эмоциональное развитие младших школьников, является тип семейного воспитания.

Для диагностики детско-родительских отношений использовались следующие методики: опросник стиля родительского воспитания АСВ Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса. [2] и опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой (методика ОДРЭВ). [2]. С детьми использовались: методика «Выявления страхов у детей» А.И. Захарова [1], тест детской тревожности СМАС [4], детский вариант самооценки форм агрессивного поведения (Модифицированный вариант Басса-Дарки) [4]. В исследовании принимало участие 120 испытуемых, среди которых 60 детей (восьми и девяти лет), а так же их родители (60 человек).

Первый этап констатирующего эксперимента заключался в исследовании особенностей отношения родителей к детям. Обратимся к полученным результатам.

У 52% родителей отмечается тенденция к гиперпротекции, но в большинстве случаев этот параметр не рассматривался нами в качестве патологизированного фактора из-за современной ситуации жизни, которая предполагает усиление родительской заботы и внимания по отношению к детям. Гиперпротекция будет анализироваться нами с точки зрения неблагоприятного воспитательного элемента в том случае, когда она носит не характер тенденции, а ярко выражена. В данную группу попадают около 15% родителей.

Нами выявлены следующие дисгармоничные элементы типа родительского воспитания, которые самым непосредственно-негативным образом влияют на особенности развития эмоциональной сферы детей:

- у 17% испытуемых родителей наблюдается недостаточность требований – обязанностей ребенка и чрезмерность требова-

ний – запретов. В результате ребенок живет в ситуации постоянной фрустрации, которая, как известно, может перейти в различные патологические формы.

- у 28% родителей в типе воспитания выявлена обратная картина, которая характеризуется недостаточностью требований – запретов. В этом случае ребенку «все можно».

- у испытуемых родителей в типе воспитания обнаружены нарушения в строгости санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком. 27% родителей демонстрируют в воспитании чрезмерность санкций и у 30% родителей – минимальность санкций.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что по результатам нашего исследования наиболее часто встречающимися элементами дисгармоничного воспитания являются недостаточность требований – обязанностей ребенка и чрезмерность требований – запретов, недостаточностью требований запретов и нарушение в системе санкций, непоследовательность воспитания. В совокупности данные параметры позволяют в рамках нашего исследования выделить три типа негармоничного семейного воспитания: доминирующая гиперпротекция, повышенная моральная ответственность и эмоциональное отвержение.

Следует отметить, что выбор родителями того или иного типа семейного воспитания определяется их личностными особенностями. При этом родители решают свои психологические проблемы за счет воспитательной системы, выбранной ими.

В 60% случаев у испытуемых родителей отмечается высокая степень непоследовательности в отношении к детям, т.е. наряду с «положительными» ответами встречались и «отрицательные» ответы, свидетельствующие о нарушении эмоционального взаимодействия в диаде родитель-ребенок.

На втором этапе нашего исследования мы изучали особенности эмоциональных проявлений младших школьников. Следует отметить, что негативные эмоциональные проявления детей рассматривались нами в совокупности с вегето-соматическими симптомами (легкие тики, учащенное сердцебиение и дыхание, выделение пота, нарушение кровообращения, боли в животе, тошнота, рвота и т.д.). Данные явления рассматривались нами в системе из-за того, что в основе психосоматического заболевания лежит реакция

на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями [3]. Обратимся к полученным результатам.

У 55% испытуемых выраженность страхов характеризуется высоким уровнем. Низкий уровень страхов наблюдается у 15% испытуемых детей. Оптимальный уровень страхов, являющийся возрастной нормой для младших школьников выявлен у 30% детей. Для нас представляет интерес именно группа детей с высоким уровнем страхов.

Перечислим основные специфические страхи, которые отмечают у этих детей: страх наказания отмечается у 58% детей; страх резких, неожиданных звуков у 71% детей; страшных снов у 52% детей; страх нападения у 81% детей; страх боли у 55% детей; страхи животных, стихий, глубины у 60% детей; страх высоты у 37% детей; страх войны у 82% детей; страх смерти 82% детей; страх одиночества у 32% детей.

Говоря о детях с высоким уровнем страхов, следует отметить, что только у них наблюдаются боязнь одиночества и на первый план выходят не возрастные страхи, а страхи, свидетельствующие об эмоциональном неблагополучии. При этом стоит отметить, что сюжеты их снов отличаются от сюжетов снов детей с низкой и оптимальной выраженностью страхов. Детям с высокой выраженностью страхов снятся сны, в которых прослеживаются лишь две темы: тема смерти (их смерть, покойники, призраки) и тема ужасов (монстры, черти). Здесь отчетливо прослеживается связь между эмоциональным и физиологическим состоянием детей. Эта связь заключается в том, что наличие психотравмирующей ситуации, вызывающей страх, ведет к органической реакции организма ребенка (появляются боли в животе, головные боли, тошнота и т.д.).

Количественные результаты диагностики тревожности схожи с данными по выявлению детских страхов. Первая группа детей с низким уровнем тревожности составила 17%. Вторая группа, характеризующаяся средним уровнем тревожности (23%). И последняя, третья группа – дети с высоким уровнем тревожности (60%).

Анализируя общую картину склонностей детей к определенному поведению, мы получили следующие результаты:

- раздражительность отмечается у 50% испытуемых, при этом на высоком уровне лишь у 22%. Негативизм выявлен у 36% детей.

- у 29% наблюдается высокий уровень склонности к обидчивости. К вербальной агрессии склонно 14% испытуемых.

- отчетливо выражено чувство вины у 40% детей. Методика позволила выявить группу испытуемых, в которой дети абсолютно не склонны к проявлению данного чувства (31%).

Анализируя данные, полученные на первом и втором этапах исследования, мы отметили связь между особенностями воспитания (типом воспитания) и психофизиологическим здоровьем детей. У большинства испытуемых родителей (45%) тип родительского воспитания дисгармоничный. При этом наибольшее количество детей, у которых отмечают негативные эмоциональные и соматические проявления, воспитываются данными родителями. Данные выводы являются подтверждением нашей гипотезы.

На третьем этапе нашего исследования мы сопоставляли полученные результаты и устанавливали между ними связи. Мы установили, что тип семейного воспитания является значимым фактором благополучного эмоционального развития детей младшего школьного возраста, что подтверждает нашу гипотезу.

Литература.

1. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей.- СПб.: Речь, 2007.
2. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи. – М.: «Академия», 2007.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эксмо, 2008.
4. Шапарь В.Б. Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми. – Ростов н/Д: Феникс, 2006.
5. Юнг К. Г. Божественный ребенок.- М.: Олимп: АСТ. 1997.

ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРЕВОГИ БОЛЬНЫМИ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Соловьева С.Л.

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова*

Тревога, беспокойство, страх, паника, ужас – явления, которые часто присутствуют в психической жизни пациентов клиники внутренних болезней. Они могут быть разными по интенсивности,

продолжительности, структуре от легкого кратковременного беспокойства до парализующего ужаса, составляя разнообразную гамму переживаний, сопровождающих различные заболевания. Эмоция тревоги – одно из наиболее частых переживаний больных с психосоматическими нарушениями, которое может выполнять различные функции, как адаптивные, так и дезорганизирующие психическую деятельность. Так, легкая степень тревоги – беспокойство – определяется как чувствительность к опасности: она предупреждает о надвигающейся угрозе и мобилизует организм для ее преодоления. В этом случае тревога связана с прогностическими функциями психики; определенный уровень тревожности обеспечивается прогностическую компетентность, или антиципационную состоятельность, выполняя таким образом адаптивную роль, мобилизуя резервные возможности человека в ситуации болезни. Интенсивная степень тревоги – паника, ужас – оказывает на психофизиологические функции человека дезорганизирующее воздействие, блокируя эффективное функционирование психических функций. Охваченный ужасом человек теряет способность адекватно оценивать происходящие события, анализировать полученную информацию, конструировать адекватную реальности модель окружающего мира и принимать правильные решения. В этом случае тревога оценивается как деструктивное эмоционально-негативное психическое состояние, требующее коррекции.

Тревожность – одно из наиболее частых явлений, сопровождающих клиническую симптоматику у больных нервно-психическими и психосоматическими расстройствами. Тревожно-депрессивный синдром, включающий в себя переживание тревоги, наряду с астеническим синдромом – самый частый вид эмоциональных нарушений в клинике внутренних болезней. Присутствие тревоги в психическом статусе больных с психосоматическими нарушениями доказано в многочисленных исследованиях.

С физиологической точки зрения тревожность является реактивным состоянием. Она вызывает физиологические изменения в организме, подготавливающие организм к борьбе – отступлению, бегству или сопротивлению, нападению, атаке. При тревожности возбуждается сердечно-сосудистая система (учащается ритм сердечных сокращений, повышается артериальное давление), а деятельность пищеварительного тракта угнетается

(уменьшается активность секреции и перистальтика). Кровь из пищеварительного тракта перераспределяется в мышечную систему. Таким образом, организм готовится к активной деятельности. Широкий спектр физиологических реакций, сопровождающих состояние тревоги, объясняет, почему на фоне длительного состояния тревоги формируются разнообразные психосоматические расстройства.

В психологической литературе сосуществуют два базовых термина, которые в ряде случаев используются как синонимы, но чаще разводятся в качестве самостоятельных понятий: тревога и тревожность. Различают тревожность как свойство личности, как относительно постоянную, относительно неизменную в течение жизни черту (личностная тревожность) и тревогу как отрицательное эмоциональное состояние, относительно длительное, связанное с изменением нервно-психической деятельности (ситуативная тревога). При этом определение тревоги как состояния является базовым, ключевым для определения тревожности как свойства личности: тревожность – это «склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги» (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1998). По мнению ряда авторов, длительно существующее состояние тревоги может становиться свойством личности, переходя в категорию тревожности (Ганзен В.А., 1984). На практике, как отмечают многочисленные авторы, длительные и интенсивные переживания тревожного ряда, характеризующие пациентов клиники внутренних болезней, в конечном счете становятся их личностной чертой.

Тревожность рассматривается в качестве одного из основных параметров индивидуальных различий. Как правило, она повышена при хронических соматических заболеваниях. Тревожность понимается как ожидание неблагоприятного исхода в относительно нейтральных, не содержащих реальной угрозы ситуациях (В.Р.Кисловская, 1971). Личностная тревожность – это относительно устойчивая индивидуальная характеристика человека, дающая представление о его склонности: а) воспринимать достаточно широкий круг ситуаций как угрожающих его самооценке, самоуважению и престижу; б) реагировать на эти ситуации проявлением состояния тревоги (Ч. Спилбергер, 1966; 1972; Ю.Л. Ханин, 1978). По мнению Л.Н. Собчик (1990), показатели тревожности до-

стоверно сопряжены с мотивацией избегания. Как субъективное проявление неблагополучия личности, тревожность находится в центре внимания врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов.

Изучению состояния *тревоги* традиционно уделяется значительное внимание как зарубежными (Davidson et al., 1965, Spielberger, 1972), так и отечественными исследователями (Т.А. Немчин, 1966; 1983; Н.В. Тарабрина, 1971; Ю.Л. Ханин, 1978 и др.). В большинстве случаев термин «тревога» у различных авторов опирается на определение Ч. Спилбергера и используется для описания неприятного по своей окраске эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны – активацией автономной нервной системы. Это состояние, по мнению автора, возникает в ситуации неопределенной опасности, угрозы и содержит в себе ожидание негативной оценки, восприятия отрицательного к себе отношения или угрозы своему самоуважению. В МКБ-10 расстройства, связанные с тревогой, рассматриваются в рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

В отечественной литературе тревога определяется как отрицательное эмоциональное состояние, направленное в будущее и возникающее в ситуациях неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, которое проявляется в «ожидании неблагоприятного развития событий» (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1998). Прогнозирование опасности в переживании тревоги носит вероятностный характер. «У человека тревога обычно связана с ожиданием неудач в социальном взаимодействии и часто бывает обусловлена неосознаваемостью источника опасности» (А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1998). Аналогичным образом определения состояния тревоги даются и другими отечественными исследователями: «тревога – устойчивое психическое состояние, которое характеризуется обратимостью при нормализации соматического состояния и социальных условий и определяется как устойчивое состояние неопределенной угрозы, характер и направленность которой неизвестны» (Е.И. Соколов, Е.В. Белова, 1983). Тревога как «субъективное чувство опасения и надвигающейся опасности» обычно негативно окрашена, она направлена

в будущее, в противоположность таким эмоциям, как сожаление и чувство вины (Эндрю Р. Хорнблоу, 1983).

Центральный элемент тревоги представляет собой ощущение угрозы. «Состояние тревоги возникает, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию как несущие в себе актуально или потенциально элементы опасности, угрозы, вреда» (Ч. Спилбергер, 1983). Тревога – «ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддаются предсказыванию», «чувство диффузного опасения и тревожного ожидания» (Poldinger, 1970), «неопределенное беспокойство» (Kepinski, 1977), «представляет собой результат возникновения или ожидания фрустрации и наиболее интимный (и облигатный) механизм психического стресса» (Ф.Б. Березин, 1988). Генерализация вызывающих тревогу стимулов приводит к тому, что практически любой стимул или ситуация могут восприниматься как угрожающие. Внимание пациента приковано к концепции опасности и сопровождающим ее стимулам. Опасность при этом сильно преувеличивается, наблюдается тенденция воспринимать события как катастрофические, воображаемые опасности приравниваются к реальным (Паттерсон С., Уоткинс Э., 2003). В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности. Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Кроме того, нормальные индивиды могут контролировать свое неправильное восприятие, используя логику и очевидность. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Таким образом, в случае тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию (А.А. Александров, 1997).

В соответствии с современными представлениями, состояние тревоги – явление не только эмоциональное; оно включает в себя также когнитивные и мотивационные составляющие, формирующие те или иные формы поведения. Вводится понятие «когнитивной модели тревоги», в которую входят, помимо эмоциональных переживаний, определенные когнитивные установки, ожидания, представления о мире.

Негативные эффекты тревоги общеизвестны. В частности, страх и тревога изменяют течение познавательных психических процессов. Под влиянием интенсивных переживаний тревоги, паники, ужаса наблюдается дезорганизация интеллектуально-мнестической деятельности. Этот феномен, обозначаемый как «аффективная загруженность», характеризует, в частности, особенности познавательной деятельности больных пограничными нервно-психическими расстройствами, пациентов с хроническими соматическими заболеваниями.

Под влиянием тревоги может наблюдаться не только повышение или снижение чувствительности, но также и нарушение перцептивной деятельности. При незначительно выраженной тревоге более характерным является повышение концентрации внимания с ростом эффективности аналитико-синтетической деятельности мышления (эффект мобилизации), при интенсивной тревоге – панике, ужасе – снижение концентрации внимания, нарушение оперативной памяти, понижение уровня аналитико-синтетической деятельности (эффект дезорганизации). Нарушения продуктивности мышления могут сопровождаться растерянностью, снижением волевой деятельности.

Как эмоция, направленная в будущее, функционально тревога не только предупреждает больного о возможной опасности, но и побуждает к поиску и конкретизации этой опасности, к активному исследованию окружающей действительности с установкой на выявление угрожающего объекта. По мнению Ф.Б. Березина (1988), тревога «представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении и активирующий адаптивные механизмы». По мнению автора, тревога может иметь охранительную и мотивационную роль, сопоставимую с сигнальной функцией боли: «с возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации; причем уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как свидетельство достаточности и адекватности реализуемых форм поведения, как восстановление ранее нарушенной адаптации». Как нормативное явление тревога определяется как чувствительность к опасности.

Таким образом, тревогу можно рассматривать, с одной стороны, как нормативное явление, обеспечивающее адаптацию, и,

с другой стороны, в качестве одного из основных факторов психической дезадаптации. Собственно тревога при этом расценивается либо как основное слагаемое психопатологической симптоматики, либо как базис, на котором формируется психическая дезадаптация. В последнем случае вероятность возникновения преходящих или стойких нарушений адаптации возрастает по мере увеличения интенсивности тревоги (Ф.Б. Березин, 1988).

В качестве одного из компонентов эмоционально-негативных психических состояний у больных психосоматическими заболеваниями тревожность включается в структуру астенических, депрессивных, ипохондрических и других расстройств. С другой стороны, на основе тревожности как свойства личности могут формироваться такие ее социально-психологические свойства, как застенчивость, понимаемая как чувствительность к социальным воздействиям, или виктимность, то есть готовность быть объектом критики или физического нападения. Тревожность является одним из фундаментальных свойств, модифицирующих структурно-функциональную организацию личности больных.

Литература.

1. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека.- Л., 1988.
2. Ганзен В.А. Системные описания в психологии,- Л., 1984.
3. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса.- М., 1988.
4. Краткий психологический словарь/ под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского.- 2-е изд., расшир., испр. и доп.- Ростов-на-Дону: Феникс, 1998.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.- Л.: Медицина, 1983.
6. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. - Л., 1983.
7. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности: Теория и практика психодиагностики.- СПб.: Речь, 2003.
8. Соколов Е.И., Белова Е.В. Эмоции и патология сердца.- М.: Медицина, 1983.
9. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте// Вопросы психологии.- 1978.- №6.

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ИЛИ «ВАМ НЕ К ПСИХИАТРУ, А К ЭНДОКРИНОЛОГУ»

Строев Ю.И., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П., Даниленко О.В.

*Кафедра патологии медицинского факультета СПбГУ,
Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»
им. С.С. Мнухина, факультет клинической психологии СПбГПМА*

Природа человека биосоциальна. Односторонний подход к ней бесплоден. В этиологии и патогенезе всех болезней человека сочетается действие психосоциальных и природных факторов. Интегративный аппарат организма, включающий на равных правах нервную, эндокринную и иммунную системы, является активным участником патогенеза и саногенеза при любых расстройствах, причем три эти, основанные на комплементарных взаимодействиях системы, взаимопроникают и предопределяют «патоинформатику» любого заболевания [1]. Прошло то время, когда психиатр и невролог могли мало задумываться о состоянии иммуноэндокринной регуляции у своих пациентов, а терапевт мог оставлять на периферии своего внимания психическую сферу соматических больных. Наступает эра холистического подхода к болезни и больному [2].

С другой стороны, сегодня, когда любой пользователь глобальной сети, найдя тот или иной медицинский материал, может по внешним признакам и жалобам «поставить» себе «точный» диагноз, существует большая опасность того, что будет упущено время, необходимое для действительно верной диагностики начинающегося заболевания, или, что не лучше, новоиспеченный диагност займется самолечением.

В этой связи необходимо сказать о психосоматической патологии, частота встречаемости которой неуклонно увеличивается из года в год. Расстройств этой группы большое количество. И не потому, что всеми физиолого-биохимическими процессами в «семе» человека управляет психика. Дело обстоит как раз наоборот: поведение человека базируется на жизни его «сомы», оно не «вкладывается» в мозг в виде готовой системы идей и рецептов обществом, воспитателями, высшим существом, а представляет собой интегрированный результат метаболизма и избранных на основе генетически детерминированной индивидуальной реактивности адаптивных

стратегий. То есть, в психосоматическом дуализме именно «сома» первична [3]. И поэтому разнообразные нарушения метаболизма и физиологических функций зачастую имеют, помимо соматических, и выраженные психические проявления.

Очень часто ведущей жалобой больных является депрессия. Депрессия – не болезнь, а синдром, отражающий поведенческие и психоэмоциональные корреляты широкого круга заболеваний (в частности – эндокринно-метаболических расстройств), а также тяжелого и хронического стресса, который сам по себе болезнью не является. В последнем случае не только внешние стрессоры, но и конкретные психологические проблемы личности могут провоцировать возникновение определенных нарушений обмена, а, следовательно – физических недугов.

В Международной классификации болезней [4] имеется позиция «F45.3 Somatoform autonomic dysfunction», отражающая круг расстройств, сопровождаемых объективными проявлениями симпато-адреналовой активации, а также субъективными болью и неприятными ощущениями со стороны внутренних органов, находящихся под контролем вегетативной нервной системы. Именно здесь оказываются случаи, которые в традициях отечественного здравоохранения фигурируют под такими привычными, но патогенетически несостоятельными названиями как: кардионевроз, гастроневроз, вегето-сосудистая дистония, нейроциркуляторная астения, синдром раздраженного кишечника, психогенная дисфункция ЖКТ, синдром Да Коста, гипервентиляционный синдром и т.д. Этот круг расстройств также нуждается в переосмыслении с учетом новейших данных о гормонально-метаболических механизмах стресса.

Одним из «модных» диагнозов стал в последние годы «синдром хронической усталости». В связи с интерпретацией этого синдрома как иммунонейроэндокринной гипоталамопатии [5], значительный интерес представляет его разграничение с состояниями, обозначенными в МКБ-10 в разделе «F48.0 Neurasthenia», и имеющими психоневрологическую природу.

Депрессия, как психическое расстройство, проявляется нарушением аффекта и при длительном течении (свыше 4-6 мес.) рассматривается как психическое заболевание. Депрессивные состояния – наиболее частая форма психической патологии у пациентов, обращающихся за помощью в общемедицинские амбулаторные и

госпитальные учреждения. По современным оценкам, доля депрессий у таких больных колеблется от 10% до 22-33% (среди амбулаторных пациентов неврологических клиник, пациенты с депрессией составляют 17,4%, а терапевтических – 21,5%) [6, 7].

Врачи общей медицинской практики, к которым больные со стертыми формами аффективных расстройств попадают в первую очередь, нередко руководствуются представлением о депрессиях с типичной картиной, и это приводит к тому, что вне поля зрения остаются легкие и атипичные (маскированные) формы – происходит гиподиагностика. Более того, психические нарушения могут недооцениваться, когда депрессивная симптоматика психологически непонятна (например, расценивание депрессивного расстройства как «житейской» реакции, признак «естественной» усталости или как «адекватный» ответ на соматическое страдание). Еще одной причиной гиподиагностики служат особенности клинической картины депрессий: преобладание соматизированной симптоматики, вегетативных проявлений, расстройств сна и аппетита, симптомов, общих с коморбидным соматическим заболеванием [7].

Маскированные депрессии часто обозначают также как «скрытые», «ларвированные», «алекситимические» депрессии. Имеется в виду, что при этой патологии синдромы не достигают полной психопатологической завершенности, а основные проявления, свойственные депрессии, мало выражены, а часть их вообще отсутствует. В некоторых случаях аффективные проявления находятся на втором плане, а ведущее положение занимают симптомокомплексы, не относящиеся к психопатологическим расстройствам аффективного характера. Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства, списывая плохое самочувствие на какое-либо трудно диагностируемое заболевание, или неспособны выразить и описать свое душевное состояние (особенно в случае алекситимических депрессий).

Дифференцировать расстройства депрессивного круга может лишь высококвалифицированный специалист, прежде всего, психиатр, психотерапевт или невролог. Но не стоит забывать, что в силу патогенности хронического стресса негативные переживания часто являются причиной возникновения реальных, а не воображаемых пациентом заболеваний внутренних органов и эндокринной системы.

Так, хронический стресс служит фактором риска ряда болезней нарушенной адаптации, в том числе он может способствовать развитию инсулинорезистентного сахарного диабета, гипертонической болезни, иммунодепрессивных состояний, синдрома хронической усталости, некоторых форм висцерального ожирения, метаболического синдрома [1].

Говоря об эндокринно-обменных «масках» депрессии, важно подчеркнуть, что в настоящее время стремительно нарастает частота аутоиммунного тиреоидита Хасимото (АИТ), служащего в наше время основной причиной гипотиреоза. При АИТ долгие годы частично сохраняется функция щитовидной железы, поэтому явная микседема (болезнь Галла), ныне встречается редко, что затрудняет диагностику гипотиреоза. Однако во всех случаях гипотиреоза сохраняются типичные жалобы (зябкость, сонливость, усталость, прибавка веса, гиперкератоз кожи, запоры и др.). Один из постоянных симптомов гипотиреоза – изменения психики: быстрая утомляемость, замедление темпа психических процессов, медлительность и персеверация мышления, снижение памяти, утрата навыков и способностей, нарастающие адинамия, акинезия, депрессия. При запущенном гипотиреозе адинамия напоминает ступор, больные не реагируют на окружающее, ко всему безразличны, бывает психическая оглушенность, развиваются астенический синдром и картина органического слабоумия [3, 8, 9]. В коре головного мозга при гипотиреозе доминируют тормозные процессы. Гипотиреоз ускоряет развитие нейродегенеративных заболеваний (особенно при сочетании АИТ с синдромом Дауна и болезнью Альцгеймера). В тяжелых случаях гипотиреоза бывают психозы с психомоторным возбуждением и агрессивностью.

Не удивительно, что лица с гипотиреозом нередко ошибочно попадают не к эндокринологу, а к психиатру, но психотропные средства и антидепрессанты при гипотиреозе не дают должного эффекта и даже не показаны. Некоторые антидепрессанты могут сами обусловить гипотиреоз [3, 10]. К сожалению, все чаще симптоматически больным, испытывающим гипотиреоидную депрессию, назначают «мягкие» антидепрессанты, не вникнув в эндокринный статус пациентов, что может лишь ухудшить ситуацию. Поэтому не удивительно, что гипотиреоз и депрессия идут «рука об руку».

И в симптоматике противоположного по своим патофизиолого-биохимическим характеристикам гипертиреоза расстройства психики занимают одно из первых мест [3, 8]. Все авторы, начиная с классиков – R. J. Graves [11], K. A. von Basedow [12] и до Н.А. Шерешевского [13], одним из основных симптомов заболевания считали нарушения психики. Еще С.П. Боткин [14] описал такие черты психического расстройства больных тиреотоксикозом, как беспокойство, тревожность, суетливость, сильная раздражительность, нерешительность, пугливость и выраженная плаксивость. При тяжелом течении тиреотоксикоза описаны хореоформные подергивания, насильственная улыбка, что еще больше утяжеляет состояние больных, а окружающими ошибочно расценивается как эйфория. При тиреотоксикозе могут возникать различные синдромы: тревожно-депрессивный, истерический и неврастенический с ипохондрическими включениями. У отдельных больных наблюдаются состояния вялости, апатии, эйфории, различного рода фобии и идеи ревности [9]. Течение тиреотоксического психоза может напоминать психоз маниакально-депрессивный или шизофрению, протекать по типу делирия или токсического психоза [15]. Уже M. Bleuler (1954), не исключая возможности у этих пациентов «латентной готовности к шизофрении», ставил весьма актуальный вопрос: не скрываются ли иногда под диагнозом психических заболеваний больные с гипертиреозом? [16]. Гипертиреоидные нервно-психические расстройства обусловлены как непосредственным воздействием избыточно продуцируемых тиреоидных гормонов на нервную систему, так и вторичным стрессом в результате изменения взаимоотношений страдающего тиреотоксикозом пациента с окружающими, необходимостью резкой смены стереотипов поведения [1, 17, 18].

В современной стрессологии как гипотиреоз, так и тиреотоксикоз причисляют к болезням нарушенной адаптации. Но если гипотиреоз (особенно его ранние формы) классифицируют как болезни первично недостаточной адаптации, то тиреотоксикоз относят к заболеваниям первично перенапряженной и вторично недостаточной адаптации [19]. Известно, что при гипотиреозе нередко наблюдается вторичная гипокальциемия. Клиника гипокальциемии разнообразна, при ней нарушение функций можно обнаружить в каждой системе, так как кальций – посредник действия большинства гормонов, нейротрансмиттеров и аутоакоидов. Уровень кальция в

крови не только регулируется, но и регулирует гомеостаз организма. Это дает право говорить, что «гипокальциемия – это красный семафор на рельсах внутренней гармонии» [20]. Острая и хроническая гипокальциемия имеют клинику явной или скрытой тетании (в ее классическом проявлении – гипопаратиреоза) с гипервозбудимостью нервной системы, скелетных, гладких мышц и миокарда, подчеркнутой сезонностью обострений (весной и осенью).

При АИТ возможно не только опосредованное расстройством тиреоидной регуляции или кальциевого обмена, но и прямое аутоиммунное поражение ЦНС с выраженной психоневрологической симптоматикой. Речь идет о так называемой энцефалопатии Хасимото. Пораженность ею оценивается как 2,1 на 100 000 населения. Картина болезни включает судороги, миоклонус, нистагм, атаксию, временную афазию, потерю памяти, снижение когнитивных способностей, лимбические нарушения, инсультоподобные проявления, хроническую утомляемость и чувство усталости, нарушения сна, бывают потери сознания и даже кома. Описаны и формы в виде острых кратковременных повторяющихся приступов психоза с галлюцинациями и бредом.

Современная биомедицина более не считает, что человек мыслит и конструирует свое поведение только при помощи мозга. Высшая информационная деятельность не может трактоваться только как высшая нервная. Иммунный ответ, например, аналогичен мыслительному акту и требует сенсорных функций, памяти, отражения объекта, различения своего и чужого и даже синаптообразования – причем все это осуществляется не нейронами, а лимфоцитами. Более того, сам мозг не должен восприниматься только как центральная телефонная станция переключения различных рефлексов. В силу существования нейросекреции и эндокринной функции чувствительных нейронов (то есть, нервной трофики) именно мозг – крупнейшая эндокринная железа организма [1]. Нет сомнений в том, что прогресс в отношении понимания, профилактики и лечения психических нарушений тесно связан с развитием психонейроиммуноэндокринологии.

Литература.

1. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Патофизиология. Т.1 Общая патофизиология (с основами иммунопатологии). Учебник для студентов медВУЗов. – СПб: ЭлБи-СПб, 2008. – 656 с., илл.

2. Козлов В.К. Принцип системности в медицине и актуализация проблем медицинской профилактики // *Electronic journal Biocosmology (Биокосмология) – Neo-Aristotelism*, 2011. – V.1. – N 2-3. – Pp. 181-220 (Доступно по адр.: <http://www.biocosmology.ru/elektronnyj-zurnal-biokosmologia-biocosmology-neo-aristotelism>)
3. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Патохимия. Эндокринно-метаболические нарушения. Изд. 3-е, дополненное и исправленное. – СПб: ЭлБи-СПб, 2007. – 756 с.
4. World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases... (ICD). 10th revision, version of, 2007. Available from: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/index.htm?gf40.htm+f480>
5. Даниленко О.В., Чурилов Л.П. Синдром хронической усталости как аутоиммунная гипоталамопатия и его влияние на человеческий потенциал: клинические и патофизиологические аспекты // *Здоровье – основа человеческого потенциала. Проблемы и пути их решения*, 2009. – Т.4. – С. 203-213.
6. Зозуля Т.В. Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидере. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 416 с.
7. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 256 с.
8. Добржанская А.К. Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях. – М.: Медицина, 1973. – 192 с.
9. Целибеев Б.А. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях / Под ред. Г.В. Морозова. – М.: Медицина, 1966. – 206 с.
10. Heinrich Th.W., Grahm G. Hypothyroidism Presenting as Psychosis: Mxedema madness Revisited // *Primary Care Companion – J. Clin. Psychiatry*, 2003. – V.5. – 260 p.
11. Graves R. J. Clinical lectures // *London Med. Surg. J.*, 1835. – 7:516.
12. Basedow K.A. fon. Exophthalmos durch Hypertrophie des Zellgewebes in der Augenhohle // *Wschr. ges. Heilk.*, 1840. – V. 220. – S. 197.
13. Шерешевский Н.А. Тиреотоксикозы. – М.: Медицина, 1962.
14. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции в 2 томах. – М.: Медгиз, 1950.
15. Осипов В.Н. (1926) / Цитир. по: Добржанская А.К. Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях. – М.: Медицина, 1973. – С. 49.

16. Bleuler M. *Endocrinologische Psychiatrie*. – Stuttgart, 1954.
17. Исламбеков Р.К., Балтабаев М.М. Узловой токсический зоб. – Ташкент, 1965.
18. Фридрих Д.И. Неврологический анализ тиреотоксикоза. – М.: Медицина, 1961.
19. Tsigos C., Kyrou I., Chrousos G.P. Stress, Visceral Obesity, and Metabolic Complications // *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 2006. – V. 1083. – Pp. 77-110.
20. Строев Ю.И. Гипокальциемия – красный семафор на рельсах внутренней гармонии / 85 лет на страже здоровья. Матер. юбил. научно-практич. конф., посвящ. 85-летию Дорожной клинич. б-цы, 24 дек. 1999. – СПб, 1999. – С. 129-132.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕННЫХ РЕАКЦИЙ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Ходакова Ю.А.

ФГБУ «НЦПЗ» РАМН г. Москва

В последние десятилетия детская онкология претерпела бурное развитие, а современные методы противоопухолевой терапии привели к значительному прогрессу в лечении больных с этой патологией (излечиваются 7 из 10 вновь выявленных больных детей). Однако до настоящего времени малоизученной остается проблема психических расстройств, сопутствующих онкологическим заболеваниям в детском возрасте, особенностей их типологии, клинических проявлений при разных формах и стадиях онкологического процесса. Вместе с тем, согласно результатам сравнительно недавно проведенного масштабного исследования состояния здоровья детей и подростков, излеченных от острого лимфобластного лейкоза [Ткаченко И.В. с соав., 2009], первое место в структуре заболеваемости у них занимают именно психические расстройства (601,5 случая на 1000 излеченных). Можно предполагать, что тяжелая стрессовая ситуация, в которую в связи с онкозаболеванием попадает ребенок и его семья, приводит к появлению не только большого числа реабилитационных и психологических проблем, но и к развитию психических, в частности, психогенных, нарушений, что может

сказываться на здоровье детей в их последующей жизни. Поэтому представляется оправданным изучение психогенных состояний, наблюдающихся у страдающих гемобластомами детей.

Цель настоящей работы – уточнение клинических особенностей психогений, наблюдаемых у онкогематологических больных детей младшего возраста во время первичной госпитализации в онкологический стационар.

Материалы и методы. Проводилось обследование пациентов дошкольного возраста, проходивших стационарное лечение в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ РАМН по поводу различных форм онкогематологических заболеваний (лимфома: лимфогранулематоз и неходжкинская лимфома, лейкоз: острый лимфобластный лейкоз и острый миелобластный лейкоз). В работе использовались клинический, клинико-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации, сведений, полученных от родителей, врачей, медперсонала. Исследованную выборку составили 29 детей мужского (18 чел) и женского (11 чел) пола, с началом заболевания в возрасте от 3 до 6 лет, и на момент обследования находившихся в фазе активной противоопухолевой терапии (16 чел), либо в состоянии клинико-гематологической ремиссии продолжительностью от 1 года до 3 лет (13 чел). Первичная госпитализация совпадала с началом лечения (полихимиотерапия, краниальное облучение) у всех пациентов.

Результаты и обсуждение. Наблюдаемые нами у детей психогенные реакции, обозначенные согласно МКБ-10 как «расстройство адаптации» (F43.2), возникали на фоне выраженной в разной степени астении, симптомы которой обнаруживались у всех пациентов еще до установления диагноза основного заболевания и их госпитализации. Стационарирование на длительный срок в онкогематологическое отделение нарушало привычный жизненный уклад и приводило к развитию психологически понятных психогенных реакций. Как показало наше исследование, наиболее значимыми и стрессогенными для детей данной возрастной группы оказались факторы, связанные с ситуацией неизвестности, незащищенности, необходимости терпеть боль: проведение разнообразных болезненных медицинских манипуляций, процедур, обследований, особенно если они были связаны с отрывом от матери. Согласно работам детских психологов, превалирование чувственного восприятия мира у

маленьких детей приводит к тому, что различные неприятные ощущения ими переживаются сильнее, чем детьми школьного возраста. Боль для них играет роль чрезвычайно значимого стрессового события. По данным Н.В. Клипиной (2009), у маленьких детей процедуры, связанные с болезненными ощущениями и заболеваниями, сопровождающиеся болью, нередко ассоциируются с наказанием за плохое поведение, ощущением собственной виновности в болезни. При этом отсутствие родителей или их тревожное состояние и неспособность сдерживать переживания ребенка усиливают его негативное отношение к лечению и ситуации госпитализации. Согласно нашим наблюдениям, пережитый болевой опыт приводил к развитию стрессогенного тревожного расстройства, характеризующегося выраженным беспокойством, избегающим поведением, возбудимостью, страхом, реакциями агрессии. До помещения в стационар при беседе с врачами-онкологами дети не высказывали опасений по поводу ситуаций, связанных с лечением. Однако, по мере накопления отрицательного опыта, в первые дни госпитализации, при возникновении или повторении стрессового события (вид шприца, требование войти без матери в процедурный кабинет, запах лекарств) наблюдалось развитие бурных эмоциональных отрицательных реакций с криком, плачем, попытками вырваться из рук персонала, агрессивными действиями. Продолжительность первичных острых реакций составляла от нескольких дней до нескольких недель. В дальнейшем, в течение нескольких месяцев практически у всех детей сохранялась постоянная «тревожная настроенность», готовность к развитию истеро-невротических эпизодов даже в ситуациях ранее нейтральных по содержанию (игра, обучение). Тревога, проявлялась выраженным беспокойством, часто сочеталась с нарушениями поведения – протестом, агрессией, повышенной моторной активностью. Уже в начале госпитализации дети сосредотачивались на возможных негативных и вызывающих страх моментах, высказывали многочисленные опасения, «а мне будет больно», «сегодня будут уколы», «а что сейчас будут делать». Речь, прежде всего, шла о впервые появившихся психологически понятных страхах, непосредственно связанных с лечением, использованием болезненных медицинских манипуляций. Страхи были ситуационными, переходящими, формирования навязчивого компонента не происходило. Расстройства поведения имели в основном «адресный» характер и

проявлялись различного рода истерическими, истеро-демонстративными реакциями, склонностью к словесной и физической агрессии. Дети, замечая, что с ними что-то собираются сделать, убежали, кричали, плакали, ругались, обзывали персонал, могли драться, кусаться, царапаться.

Тревожно-депрессивные состояния у детей дошкольного возраста встречались значительно реже тревожно-фобических и были выявлены только у 2 человек (6 лет). В этих случаях отмечалось появление несвойственной ранее капризности, конфликтности, частые эпизоды плохого настроения в течение дня. Дети выглядели угрюмыми, отказывались от любимых ранее занятий и игр, предпочитая проводить время только с матерью. Расстройства настроения характеризовались неглубоким и нестойким тревожно-субдепрессивным аффектом, сопровождались снижением аппетита, нарушением сна и негрубыми регрессивными проявлениями (повышенная потребность в тактильном контакте с матерью, предпочтение игр, свойственных им в более раннем возрасте). По мере увеличения продолжительности пребывания в стационаре, происходило постепенное «привыкание» к сложившимся обстоятельствам: формировался круг общения, возможность организации досуга, «свыкание» с фактом необходимости длительного лечения. Как правило, имевшая место, психогенная симптоматика редуцировалась без специального лечения, в дальнейшем – наблюдались периодически возобновляющиеся нестойкие и неоформленные страхи, проявления беспокойства, тревожная готовность в ситуациях, связанных с необходимостью продолжения амбулаторного лечения.

Выводы. В младшей возрастной группе доминирующее место в структуре психогений занимает невротическая симптоматика: страхи, тревога, фобические и тревожно-фобические расстройства и сопутствующие этим расстройствам нарушения поведения. Преобладание подобных реакций у маленьких детей возможно объяснить соответствием развивающейся симптоматики господствующему на данном этапе онтогенеза «аффективному уровню реагирования» (В.В. Ковалев), а также значимостью для детей иных, по сравнению со взрослыми, стрессогенных факторов, связанных, прежде всего, с ситуацией «больничной реальности» – страхом боли, неизвестности, непонятностью и неприятностью медицинских манипуляций, которые маленькие дети воспринимают как пугающие и угрожающие.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И ПРИБОРНОГО ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОЦЕНКИ ПЕРЕДАЧИ ИХ ПО НАСЛЕДСТВУ

Табидзе А.А.

Российский научный центр «Психопедагогика», Москва

Современная медицина близка к пониманию того, что причины многих болезней обусловлены личностными психологическими качествами человека. И если таким образом признаётся приоритет психики над телом, то при профилактике и лечении этих заболеваний методы психодиагностики и психотерапии должны быть показаны в первую очередь.

Для диагностики в работе использованы 2 метода: первый – 16-факторный психологический опросник Кэттэлла из 187 вопросов (модификация автора). Анализ эмоциональной группы факторов позволяет установить – находится ли человек в состоянии хронического психического напряжения, которое обычно является причиной многих психосоматических заболеваний. Второй метод – психофизиологический, приборный, измеряющий электропроводность рефлексотерапевтических меридианов. Основоположниками этого метода являются русские врач Кузьменко О.П. и инженер Масленников И.С. Они развили и модифицировали известную методику Накатани. Ими, на основе большого клинического материала эмпирически установлена вероятностная взаимосвязь электрического состояния меридианов с чертами характера и соответственно с конкретными заболеваниями.

В работе приводятся описание метода измерений, примеры диагностики психосоматических заболеваний, примеры диагностики предрасположенности к психическим расстройствам, анализ корреляции результатов двух независимых психологического и психофизиологического метода. Показано, что каждая психосоматическая болезнь и соответствующий ей психологический профиль личности имеют определённые электропунктурные признаки.

Многу сделано предположение, что передача различных признаков ребёнку от родителей не ограничивается только внешними проявлениями – чертами лица, формой тела, цветом глаз, волос и т.д., но и распространяется на электропунктурные признаки.

Мои исследования в различных семьях показали (см. журнал «Психотерапия», 2010, № 4, стр. 29-34), что соответствующий электропунктурный признак или фактор передаются ребёнку или от отца, или от матери. А если этот признак отца и матери одинаков, то вероятность появления подобного значительно возрастает. Данное наблюдение позволяет прогнозировать передачу конкретных черт характера от родителей к ребёнку и, следовательно, предсказать его будущие психосоматические заболевания и черты характера.

СПЕЦИФИКА СУБЪЕКТИВНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У СУДЕЙ

Тарасова Ю.Н.

*ФГБУ ВПО «Северо-Западный медицинский университет
им. И.И. Мечникова»*

По определению ВОЗ – «здоровье — это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия»¹

Из перечисленных факторов человеку более понятно состояние его физического благополучия, проявляющееся в ощущениях беспокойства, напряжения, или усталости, вялости. Часто в сознании субъекта перечисленные симптомы не осознаются в единстве с психикой, и только физический дискомфорт заставляет его обращаться за консультацией к врачу.

Своевременное исследование жалоб и личности пациента способствует нахождению наилучших средств коррекции или терапии, а также сохранению личного и профессионального здоровья членов общества.

Многие состояния, сопровождающиеся нарушением саморегуляции организма, по мнению большинства исследователей, являются предшественниками более серьезных расстройств, своего рода, донозологическими признаками благополучия².

Интенсивность профессиональной деятельности накладывает серьезный отпечаток на здоровье людей. Существует перечень

1 Ссылка по <http://ru.wikipedia.org> (дата посещения 12.10.2012 г.)

2 Маклаков А.Г. Методологические основы психологического прогнозирования профессионального здоровья // в сб. Психология профессионального здоровья. – СПб., Речь, 2006. с. 460 .

профессий, в которых риск развития тех или иных заболеваний выше, чем у среднестатистического члена социума. Это касается как профессий, связанных с риском для жизни (военные, спасатели, космонавты), так и видов деятельности, где основным стрессором являются частое и напряженное общение с трудными категориями граждан (врачи, преподаватели, работники социальных служб, юристы).

Особенностью профессии судьи является сложность и многоплановость его деятельности (во многих цивилизованных странах эта профессия является вершиной юридической карьеры). Кроме того, деятельность судьи связана с продолжительным и напряженным общением, с временными ограничениями, продиктованными законодательством и высоким уровнем ответственности за принятые решения.

Это предъявляет особые требования, как к профессиональной подготовке судей, так и к их личностным качествам. Но если проблема отбора судей практически решена, то медико-психологическое сопровождение их деятельности непроработано как законодательно, так и организационно.

В процессе психологического отбора кандидатов на должность судьи, в том числе на стадии переназначения, внимание уделяется их функциональному состоянию. В психодиагностике, в том числе медицинской, актуальное состояние является одним из ведущих системообразующих факторов функционирования психики в данный конкретный момент. Оно определяет продуктивность, динамику и содержание интеллектуальной деятельности, направленность и интенсивность потребностно-мотивационных проявлений, характер (уровень, адекватность, содержание) самооценки и аутоперцепции, влияет на проявление типологических темпераментно-характерологических черт. А также на особенности межличностного взаимодействия и социальной адаптации в целом.

В психопрофилактических исследованиях особое внимание занимает выявление состояний повышенного нервно-психического напряжения как фактора риска психобиологической и социальной дезадаптации, индикатора состояний предболезни.³

Выделяют две основные группы психических функциональных состояний: стресс (напряженность) и утомление.

3 Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика. - М.-СПб., Академия, 2004. с. 200

Функциональное состояние работника определяют физиологические и психологические факторы.⁴

По словам Г. Селье, когда говорят, что человек испытывает стресс, обычно имеют в виду дистресс. Деятельность, связанная со стрессом, может быть приятной или неприятной, дистресс всегда неприятен. Главный источник дистресса – в неудовлетворенности жизнью.⁵

Стресс, по словам Р. Лазаруса, является реакцией не столько на физические свойства ситуации, сколько на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром. Это в большей степени продукт наших когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов), степени обученности способам управления и выбору стратегий поведения.

Отрицательное влияние стресса проявляется на процессах восприятия и мышления, на уровне и качестве переработки информации и принятия решений. Сужается объем, снижается устойчивость внимания.

На уровне поведения при стрессе проявляются повышение возбудимости, выражающееся в дезорганизации поведения, утрате ранее приобретенных реакций, преобладание стереотипии, ригидности.⁶

Признаки стрессового напряжения проявляются в чувстве усталости, довольно часто появляются боли (голова, спина, область желудка), хочется спать, но сам сон не дает ощущения отдыха

Среди функциональных нарушений особое место с точки зрения частоты возникновения и влияния на работоспособность занимают утомление и переутомление.

Измерение утомления представляет собой задачу исключительной практической значимости. Приоритет в ее решении принадлежит русскому психиатру И.Сикорскому, который в 1879 году впервые попытался опытным путем подойти к измерению утомления. Для этой цели он предлагал ученикам утром и после окончания занятий писать диктант продолжительностью 15 минут. Число ошибок возрастало на 33%.

4 Пряжников Н.С., Пряжникова Е.Ю. Психология труда и человеческого достоинства. – М., Академия, 2003. с.229

5 Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Внеда, 2002. 109 с

6 Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. – М., PERSE, 2001. с. 143.

При интенсивной психо-эмоциональной нагрузке, преобладании негативных эмоций в межличностном взаимодействии, а также при невозможности адекватного эмоционального отреагирования, у судей происходит переключение на соматический уровень проявления дискомфорта.

Настроение имеет сильное влияние на переживание чувства усталости.

Как правило, негативные эмоциональные переживания (раздражение, страх, обида) сопровождаются мышечным напряжением, способным перерасти со временем, по словам В.Райха в «броню характера», то есть перейти на личностный уровень.

По данным наблюдений за функциональным состоянием судей (ритмограмма), и соматических жалоб (Гиссенский опросник соматических жалоб) нами выявлены следующие особенности.

1. В выборке судей и кандидатов на должность судьи (как правило, кандидатами являются работники аппарата судов – помощники судей, секретари и консультанты судов, работники прокуратуры и следственных органов), функциональное состояние определяется как напряжение механизмов адаптации 90%, или снижение адаптационных резервов. У 10% выявлено состояние дезадаптации. Всего обследовано более 700 человек.

2. По данным, полученным с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб, (его основной задачей является выявление психологической обусловленности физических недомоганий), наиболее представлена шкала «Истощение» и «Сердечные жалобы». Обследовано более 100 человек, у которых преобладают следующие жалобы:

- Усталость, головная боль – 50%;
- Ощущение слабости – 25%;
- Повышенная сонливость- 20%;
- Головокружение -30%;
- Тяжесть в ногах, холодные ноги -15-20%;
- Боли в затылке, расстройства зрения -20-30%.

Среди других жалоб отмечаются увеличение веса, склонность к плачу, вялость.

Говоря о причинах подобных состояний, необходимо выделить несколько факторов:

1. Судейский корпус представлен преимущественно женщинами (до 90% судей в Санкт-Петербурге - женщины).

2. В деятельности судей преобладает негативный круг эмоций и состояний – от субъективных страхов, беспомощности, одиночества до раздражения и гнева;

3. В связи с базовыми характеристиками профессиональной деятельности, в Законе о статусе судей представленной как беспристрастность и независимость, отсутствует возможность адекватного и своевременного эмоционального отреагирования (эффект накопления);

4. Наличие конфликта между нормативностью, жесткими рамками поведения в служебной и во внеслужебной деятельности, регламентированным Кодексом судейской этики, и потребностью к самореализации, творчеству, проявлению конкуренции и власти приводит к невротизации и истощению, личностной деформации.

Учитывая высокую социальную значимость профессиональной деятельности судей, их роль в поддержании стабильности общества, необходимо уделять должное внимание их психологической и функциональной подготовке и дальнейшему сопровождению.

Со стороны системы здравоохранения это должны быть регулярные профилактические осмотры и восстановительные мероприятия, а со стороны психологической службы – тренинги по овладению навыками стрессоустойчивости, организационные тренинги по планированию рабочего времени и руководства аппаратом суда, мероприятия, связанные с психологической разгрузкой и коррекцией.

Литература.

1. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. – М., PERSE, 2001.
2. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика. – М.-СПб., Академия, 2004.
3. Маклаков А.Г. Методологические основы психологического прогнозирования профессионального здоровья // в сб. Психология профессионального здоровья. – СПб., Речь, 2006.
4. Пряжников Н.С., Пряжникова Е.Ю. Психология труда и человеческого достоинства. – М., Академия, 2003.
5. Селье Г. Стресс без дистресса. Рига: Внeda, 2002.
6. <http://ru.wikipedia.org>

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПАНИЧЕСКИХ АТАК В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ташлыков В.А.

*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, кафедра терапии и ревматологии
им. Э.Э. Эйхвальда*

Врач-терапевт или невролог ежедневно в своей практической работе сталкивается с проявлениями тревоги у пациентов с различными заболеваниями. Наиболее выраженным, ярким проявлением патологической тревоги и связанной с нею сомато-вегетативной дисфункцией, вызывающим психосоциальную дезадаптацию у больного, является паническое расстройство (далее – ПР), основным признаком которого являются приступы выраженной тревоги (панические атаки, далее – ПА). ПР до МКБ-10 часто определялось как «вегетативный криз», «гипоталамический или диэнцефальный приступ», «нейроциркуляторная дистония» и лечилось преимущественно неврологами интернистами. Однако и в настоящее время многие интернисты ПР расценивают как вегетативно-сосудистые кризы. Между тем именно к терапевтам обращаются эти пациенты на разных этапах медицинского обслуживания («скорая помощь», поликлиника, стационар).

Приступы паники (ПА) характерны для многих тревожных нарушений и расстройств настроения и не обязательно являются признаком ПР. Около 3-5% населения испытывало ПА в течение года, хотя большинство этих людей не отвечают другим критериям ПР (Барлоу Д. 2008). Панические атаки имеют нередко на момент исследования как минимум еще одно расстройство, в частности, сопутствующее психическое расстройство (генерализованное тревожное расстройство, фобии, посттравматическое стрессовое расстройство, депрессию), неврологические и соматические заболевания, злоупотребление психоактивными веществами, скрытую алкогольную зависимость. Отличительной особенностью ПР является не сама по себе ПА; обязательным условием служит дополнительная тревога по поводу повторения ПА и представление о катастрофичности их последствий либо же выраженные изменения поведения в связи с ПА.

ПР необходимо дифференцировать с соматическими заболеваниями, которые могут проявляться сходными симптомами. ПА могут возникать при целом ряде эндокринных заболеваний, в том числе при гипотиреозе, тиреотоксикозе, феохроцитоме, гиперпаратиреозе. Эпизоды гипогликемии при инсулиноме также сопровождаются паникоподобными симптомами и другими симптомами поражения нервной системы. Симптомы ПА могут возникать и при органической патологии ЦНС, в том числе при эпилепсии, вестибулопатиях, опухолях, а также под воздействием лекарственных средств или наркотических веществ. Заболевания сердца и легких, в том числе нарушение сердечного ритма, обструктивные бронхолегочные заболевания, бронхиальная астма, способны вызывать вегетативные симптомы и нарастающую тревогу, которые обычно трудно отличить от проявлений РП. Правильной диагностике в подобных случаях пароксизмальных состояний помогает наличие признаков соматического или неврологического заболеваний и соответствующих обследований.

В практической работе нередко возникают трудности в диагностическом различении ПА в рамках панического расстройства или ПА, ассоциированных с психическими, неврологическими, соматическими заболеваниями. С целью уточнения трудностей в диагностике и терапии панических атак было изучено 70 пациентов с ПА в рамках различных заболеваний в условиях их амбулаторного и стационарного лечения (неврологический и терапевтический стационары). Среди обследованных было 25 мужчин и 45 женщин, возраст от 19 до 66 лет (основная группа 20-40 лет). Длительность сохранения ПА от начала их появления среди обследованных отмечена в следующем соотношении: до 1 года – 40%. до 5 лет – 50%.

ПР было диагностировано только у 20% обследованных больных, а в 80% случаев отмечены ПА в рамках психических расстройств (25%) – генерализованное тревожное расстройство, скрытая алкогольная зависимость, тревожно-депрессивное расстройство: неврологических (30%) – цереброваскулярная патология (транзиторные ишемические атаки, дисциркуляторная энцефалопатия, последствия перенесенной нейроинфекции) и соматических (25%) – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, аутоиммунный тиреоидит – заболеваний. В ряде случаев в развитии ПА значительную роль играли личностные расстройства по типу избегающего поведения, зависимой и истерической личности. Тревожное ожидание является

ключевым в трансформации изолированных ПА в ПР в контексте тревожного ожидания возможных в будущем приступов паники. ПР с агорафобией и без нее были представлены в равной мере. Тревожное ожидание характерно для ПР в отличие от ПА.

Терапия ПР и ПА как многофакторного расстройства представляет определенные трудности не только для врача общего профиля, но и для психотерапевта. Лечебные методы, которые высоко оценены во всем мире, включают в себя как психотерапевтические вмешательства, так и лекарственную терапию, в частности, антидепрессанты, анксиолитики. Больше половины пациентов с ПА, обратившихся к психотерапевту, уже принимали транквилизаторы, которые им назначали врачи общего профиля. Психотропные препараты являются достаточно эффективными для снижения частоты панических атак и тяжести симптомов. Однако они мало эффективны для уменьшения вероятности развития тревожного ожидания приступа. Поэтому идеальным лечебным подходом при ПР является комплексная терапия, включающая лекарственные средства и психотерапию. Такой целостный подход соответствует современному пониманию биопсихосоциальной сущности панических атак.

При лечении ПА, которые сопровождали различные заболевания, полезным оказалась краткосрочная психотерапия (1-3 сеанса) и основным лечебным воздействием явились противотревожные препараты. В данном случае подобная краткосрочная психотерапия может проводиться врачом общей практики и состоять из общего психотерапевтического подхода (положительное принятие личности пациента, понимающее выслушивание, эмпатический контакт, повышение мотивации и активного участия пациента в лечении, предоставление информации, убеждение и внушение). Психотерапевтами при лечении ПР применяются различные методы психотерапии. В отношении обследованных пациентов были использованы методы интегративной краткосрочной психотерапии (от 1 до 10 сеансов) с применением когнитивно-поведенческого подхода, в ряде случаев – когнитивной гипнотерапии.

Большинство пациентов с ПР получают не когнитивно-поведенческую психотерапию, а лекарственные препараты. Специалисты по-разному относятся к тому, какие препараты и как применять для лечения панических атак. Неоднократные исследования показали, что антидепрессанты и анксиолитики оказывают

весьма благотворное действие на симптомы паники. В настоящее время препаратами выбора для лечения ПА являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (сертралин, паросетин, ципрамил, ципралекс). В последнее время в общей медицинской практике получают все большее признание тразодон (триттико) и вальдоксан, прежде всего потому, что они не только снижают выраженность ПА, но и способствуют устранению тревожного ожидания возвращения ПА. Эти же препараты эффективны при расстройствах сна, вызванных тревогой и ночными ПА. На начальном этапе лечения ПА полезным является дополнение к антидепрессантам анксиолитиков (альпразолам, атаракс), снижающих быстро тревогу. В случаях сочетания ПА с личностными расстройствами или выраженными вегетативными нарушениями полезным является в дополнение к антипаническим препаратам использовать такой нейрореплетик как тералиджен.

Таким образом, для повышения эффективности терапии ПА необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику с учетом особенностей панического расстройства, панических атак при различных психических, неврологических и соматических заболеваниях. Наиболее адекватной терапией при панических атаках является комплексный подход, сочетающий психотерапию с психотропными препаратами.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В КРИЗИСНОМ ОБЩЕСТВЕ

Тонких М.В.

*БУ «Республиканский наркологический диспансер»,
г. Чебоксары, Чувашская Республика*

Суицидальное поведение является одной из основных проблем современности. В 2000 г. во всем мире примерно 815000 человек покончили с собой. Это дает ежегодный уровень смертности по всему миру около 14,5 случаев на 100 тыс. человек или одно самоубийство каждые 40 секунд. Самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире. А среди тех, кому от 15 до 44 лет, нанесение себе повреждений – четвертая по значимости причи-

на смерти и шестая – плохого здоровья и потери трудоспособности. Стимулируют суицидальное поведение как психопатологические так и социальные факторы. В ходе проведенного исследования выявлено, что не менее 90 % лиц, совершивших суицидальную попытку, страдали различными психическими расстройствами, среди которых наиболее частыми были депрессия, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами.

Состояние алкогольного опьянения увеличивает глубину кризисной ситуации и придает ей характер безысходности. Этим можно объяснить тот факт, что практически 90% людей, совершивших попытку суицида, находятся в состоянии алкогольного опьянения. Анализируя тенденции и общие закономерности возникновения и распространения нервно-психических заболеваний в современном мире, исследователи подчеркивают, что чрезмерное потребление алкоголя и наркомания являются ведущими причинами развития ряда тяжелых психических расстройств и влекут за собой рост числа самоубийств. Чувство безнадежности и беспомощности увеличивают риск совершения суицида.

Но точно определить влияние алкоголя в смертность по причине суицидов практически невозможно. Тут можно выделить и высокий уровень суицидальных тенденций среди лиц, зависимых от алкоголя, и снижение самоконтроля в состоянии алкогольного опьянения. Существует несколько теоретических объяснений взаимосвязи между злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением:

- 1) первичным фактором, объясняющим как злоупотребление алкоголем, так и суицидальное поведение, может быть депрессия;
- 2) злоупотребление алкоголем приводит к депрессии, что повышает риск суицидальной активности;
- 3) употребление алкоголя вызывает как интеллектуально-мнестические нарушения, так и потерю своего места в социуме, потерю социальных контактов, что увеличивает риск суицидального поведения.

Цель исследования заключалась в выявлении взаимосвязи суицидальных тенденций и употреблении алкоголя.

К исследованию были привлечены респонденты двух возрастных групп: 18-24 года (далее первая группа) и 48-55 лет (далее вторая группа).

В исследовании приняли участие 100 человек, из которых 50 человек в первой группе и 50 человек во второй группе.

Исследование проводилось на базе Бюджетного учреждения «Республиканский наркологический диспансер» г. Чебоксары.

Выбор возрастных групп обусловлен наличием различных ценностей в каждой из групп, наличием своих особенностей, психологических кризисов.

Тестирование респондентов следующими методиками: клиническая беседа, тест на суицидальный риск Любан-Плоцца, проективной методикой Дом-Дерево-Человек.

Анализ полученных в ходе проведенного исследования результатов показал, что как в первой так и во второй группах у женщин суицидальные мысли возникали чаще чем у мужчин, у женщин в 90% случаев суицидальные попытки были на фоне употребления алкоголя. Мысли о повторных попытках как в группе мужчин, так и в группе женщин в 95% случаев возникали после употребления алкоголя.

На наш взгляд связь между алкоголем и самоубийством не носит прямой характер, чаще всего злоупотребление алкоголем – это сопутствующий суицидальным тенденциям фактор, провоцирующий саморазрушительное поведение.

Литература.

1. Дюркгейм Э. Социальный элемент в самоубийстве. [Электронный ресурс]: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Sociolog/Durkgeim/_Soc_Suicid.php

ЛИЧНОСТНО-АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Третьякова Н.С., Зыкова С.О.

*Северо-Западный Государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, кафедра психологии и педагогики*

Среди всех причин смерти ИБС занимает первое место как у мужчин - 26,6%, так и у женщин - 31,8% [2]. В отличие от регистрируемого в последнее десятилетие снижения смертности от ИБС у мужчин, у женщин она остается стабильно высокой [1], при

этом показатели смертности от ИБС в России среди женщин существенно выше по сравнению с Европейскими странами [3].

Многочисленные исследования указывают на более высокую летальность при ОИМ среди женщин по сравнению с мужчинами [4]. При этом наиболее высокий рост смертности отмечался среди молодых женщин (<55 лет) по сравнению с мужчинами и женщинами старшего возраста [5]. Все это говорит о необходимости проведения комплексного клинико-психологического исследования данной категории больных. Так как адаптационный потенциал к болезни у женщин, перенесших ИМ, практически не исследован, нами была поставлена цель выявить основные компоненты личностно-адаптационного потенциала к болезни и лечению у женщин с острым инфарктом миокарда.

В исследовании приняло участие 43 женщины, переносящих ОИМ в возрасте от 30 – 62 лет (средний возраст $49 \pm 8,6$ лет) и 38 женщин, не страдающих ИБС в возрасте 30-62 года (средний возраст $50 \pm 7,7$ лет).

Исследовались: показатели жизнестойкости (тест «Жизнестойкость»), механизмы психологических защит (методика «Индекс жизненного стиля») и копинг-механизмы (тест Э. Хайма). Также было использовано клинико-психологическое интервью.

При изучении механизмов психологической защиты (МПЗ) было выявлено, что у женщин с ОИМ показатели всех психологических защит (ПЗ) несколько выше, чем у женщин контрольной группы. Статистически значимые различия существуют между такими ПЗ как «отрицание» ($p < 0,05$), «замещение» ($p < 0,05$) и «проекция» ($p = 0,07$). Данные результаты могут говорить о том, что женщинам с ОИМ свойственно не замечать некоторые параметры стрессовой ситуации или игнорировать их, что, с одной стороны, помогает больным не фиксироваться на тяжелом физическом состоянии, а с другой, отрицание формирует ложное представление о болезни и реальном состоянии здоровья. Также неосознанные негативные эмоции и чувства данным больным свойственно локализовать вовне, приписывая их другим людям либо перенаправляя их на менее опасный объект. Стоит отметить, что на втором месте по частоте использования у больных с ОИМ идет такой МПЗ как «реактивное образование» ($61,28 \pm 34,64$), который состоит в инверсии аффективного компонента отношений.

Также была выявлена статистически значимая взаимосвязь между МПЗ «компенсации» и уровнем лимфоцитов ($p=0,014$), МПЗ «реактивное образование» и уровнем моноцитов ($p=0,03$), МПЗ «отрицание» и уровнем ЛПВП ($p=0,02$). Данные результаты могут говорить о том, что повышение уровня лимфоцитов, моноцитов и ЛПВП свидетельствует о более выраженном напряжении МПЗ соответственно.

При проведении многофакторного анализа были отмечены статистически значимые взаимосвязи между МПЗ «вытеснение» и тенденцией к рецидивирующему течению ИМ ($p=0,07$), МПЗ «проекция» и данными по развитию ранней постинфарктной стенокардии ($p=0,06$), МПЗ «замещение» и развитием желудочковых нарушений ритма. Можно предположить, что при более частом использовании данных МПЗ увеличивается риск появления различных соматических осложнений и рецидивирующего течения заболевания.

Необходимо отметить также взаимосвязь, существующую между показателем жизнестойкости и рядом МПЗ. Отрицательная статистически значимая взаимосвязь присутствует между показателем жизнестойкости и МПЗ «вытеснение» ($p= - 0,039$), «проекция» ($p= - 0,035$), «реактивное образование» ($p= - 0,029$). Это говорит о том, что при увеличении результата одного показателя уменьшается выраженность другого. Положительную статистически значимую взаимосвязь можно отметить между показателем жизнестойкости и МПЗ «интеллектуализация» ($p= 0,032$).

При исследовании жизнестойкости у больных с ИМ была выявлена положительная либо отрицательная взаимосвязь с уровнем ряда половых гормонов. Таким образом, можно предположить, что существует некоторая связь между увеличением уровня таких гормонов как ФСГ ($p= -0,4$) и ЛГ ($p= -0,39$) у больных с ИМ и снижением общей психологической стойкости и эффективности. В частности, уменьшение активности человека в происходящих с ним ситуациях, ответственность за свою жизнь и позитивный пересмотр происходящих с ним событий. В свою очередь, можно предположить о существовании тенденции к повышению уровня эстрадиола ($p= 0,001$) и пролактина ($p= 0,03$) с одновременным увеличением показателей жизнестойкости.

При изучении копинг-стратегии больных с ИМ было выявлено, что наиболее часто, по сравнению с контрольной группой женщин, больные используют поведенческие копинг механизмы (52, 63%), в частности, такие как «альтруизм» (32,50%) и «активное избегание» (25,00%). «Альтруизм» относится к адаптивным копинг-механизмам реакции на стресс, характеризующийся в предложении поддержки другим людям в преодолении трудностей. В свою очередь, «активное избегание» относится к неконструктивным копинг-механизмам и проявляется в пассивности и исключении мыслей о проблеме. При объединении всех исследуемых больных в две группы – те, кому свойственно использовать адаптивный копинг-механизм «альтруизм» и те, кто чаще прибегает к неконструктивному механизму «активное избегание», и сравнении по показателям жизнестойкости, было установлено, что у больных, которые в стрессовой ситуации чаще всего используют копинг-стратегию «альтруизм», выраженность показателей жизнестойкости выше ($79,33\pm 17,665$) в сравнении с больными, использующими неадаптивный копинг-механизм «активное избегание» ($62,44\pm 11,170$), что говорит о том, что они более успешно справляются с возникновением внутреннего напряжения в стрессовой ситуации.

Также важно отметить выраженность у женщин с ОИМ эмоционального копинг-механизма «оптимизм» (60%), который относится к адаптивным копинг стратегиям. Данный показатель может говорить о наличии внутренних психологических ресурсов, способствующих активному совладанию со стрессом болезни.

В настоящее время вопрос о лично-адаптационном потенциале женщин с ОИМ требует дальнейшего рассмотрения и изучения, но есть основания предполагать, что исследование лично-адаптационного потенциала данной категории больных способствует выявлению особенностей поведения и реакции больных, перенесших ИМ, прогнозированию рецидивов заболевания, установлению связи между психологическим состоянием больного и стабильностью его соматического состояния. Также полученные результаты исследования могут способствовать выделению групп повышенного риска развития неблагоприятных исходов ИМ, составлению и проведению коррекционных мероприятий, направленных на оптимизацию психологического состояния больных и определение мер вторичной профилактики.

Выводы:

1. Отмечается некоторое повышение показателей всех МПЗ у женщин с ОИМ в сравнении с женщинами контрольной группы, что может свидетельствовать об актуальности процесса психической адаптации.

2. Выявлена статистически значимая взаимосвязь между МПЗ «компенсации» и уровнем лимфоцитов, МПЗ «реактивное образование» и уровнем моноцитов, МПЗ «отрицание» и уровнем ЛПВП.

3. Отмечены статистически значимая взаимосвязь между использованием такого МПЗ как «вытеснение» и тенденцией к рецидивирующему течению ИМ, МПЗ «проекция» и данными по развитию ранней постинфарктной стенокардии, МПЗ «замещение» и развитием желудочковых нарушений ритма.

4. Адаптивный копинг-механизм «альтруизм» и неадаптивный копинг-механизм «активное избегание» - наиболее часто используемые поведенческие копинг-стратегии у женщин больных ОИМ.

Литература.

1. Какорина Е.П. Гендерные особенности смертности населения трудоспособного возраста / Е.П. Какорина, Д.М. Ефимов, С.Н. Чемякина // *Здравоохранение*. - 2010. - № 2. - С. 15-28.
2. Российский демографический ежегодник 2011: Стат. сб./Росстат. - М., 2011.
3. Харченко В.И. Какорина Е.П., Каорякин М.В., Вирин М.М., Ундрицов В.М., Смирнова Н.Л., Онищенко П.И., Потиевский Б.Г., Михайлова Р.Ю. Смертность от болезней системы кровообращения в России и экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации.// *Российский кардиологический журнал*. 2005, № 2, с. 5 – 17.
4. Berger J.S. et al. Sex Differences in Mortality Following Acute Coronary Syndromes.// *JAMA*. 2009;302(8):874-882.
5. Champney K. P. et al. The joint contribution of sex, age and type of myocardial infarction on hospital mortality following acute myocardial infarction. *Heart* 2009;95:895-899.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Троиц Е.Б., Ермолаева О.С.

*Северо-Западный Государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, кафедра акушерства и гинекологии №1*

Актуальность проблемы связана с увеличением числа семейных пар, нуждающихся во вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ) для преодоления бесплодия и большим количеством неудачных попыток лечения методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Цель работы: исследовать особенности психосоциального статуса женщин, получающих лечение методом ЭКО в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Материалы и методы: обследовано 20 пациенток в возрасте от 24 до 39 лет (средний возраст 32 года) перед началом программы ВРТ, у 30% женщин это была уже 2-я попытка ЭКО. Помимо гинекологического обследования в условиях современной клиники психический статус больных был исследован с помощью следующих методик: шкала оценки личностной тревожности Спилбергера-Ханина, оценка семейного функционирования, шкала Холмса-Рея, субъективная шкала оценки астении MFI-20, опросник депрессивных состояний Беспалько И.Г. Социальные характеристики исследованы с помощью социального опросника.

Результаты. У 40% обследованных пациенток личностная тревожность была повышена. Неудовлетворительную оценку семейного функционирования продемонстрировали 10% больных. По шкале уровня стресса за год (шкала Холмса-Рея) 50% риск развития психических/психосоматических расстройств был выявлен у 15% обследованных. По шкале оценки астении MFI-20 показатель общей астении превышал норму у 20% пациенток, физической у 5%, пониженной активности у 10%, по субшкалам психической астении и снижения мотивации результаты укладывались в норму. Показатели депрессии выше нормы имели 5% пациенток.

Социальные характеристики. Большинство женщин - 60% имеют высшее образование, 20% - средне-специальное, 15% - среднее, 5% - неоконченное среднее образование. Средний общий

доход семьи в месяц составил 42 тысячи рублей. На момент проведения процедуры ЭКО курили 15% женщин, у 10% больных отмечено курение в анамнезе. Употребление алкоголя - 25% пациенток употребляют 1 раз в неделю, 65% - один раз в несколько месяцев, 10% вообще не употребляют алкогольные напитки. Физической культурой занимаются 50% обследованных, из них регулярно (несколько раз в неделю) половина женщин, вторая половина - несколько раз в месяц. Нерегулярные разгрузочные дни в приеме пищи устраивают более половины опрошенных - 55%, у остальных не бывает разгрузочных дней. Наличие профессиональной вредности отметили 30% пациенток, наиболее часто это было высокое эмоциональное напряжение, в остальных случаях - тяжелая физическая работа, контакт с инфекционными больными, работа в ночное время.

Выводы: при обследовании пациенток перед применением методов ВРТ необходимо изучить и скорректировать их психопатологические проявления, поскольку последующая стрессовая ситуация и обязательная гормонотерапия не будут способствовать снижению астении, тревожности и депрессии. Учитывая необходимость активного участия пациенток в лечебном процессе (строгое выполнение рекомендаций, особенно времени назначений, самостоятельное внутримышечное и подкожное введение гормональных препаратов), разнообразную социальную картину и уровень образования женщин, важно добиваться максимального взаимопонимания и донесения информации до пациенток. Обращая внимание на невысокий уровень дохода семьи нужно стремиться минимизировать траты больных и не назначать лишних обследований.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В КАРТИНЕ НАРЦИССИЧЕСКОГО ЛИЧНОСТНОГО РАССТРОЙСТВА КАК РЕЗУЛЬТАТ НАРУШЕНИЯ САМОУВАЖЕНИЯ

Тумакова Ю.О.

Клиника «Инсайт», г. Казань

В настоящее время современное общество в своем большинстве нацелено на достижение материальных благ, на получение успеха и признания любым путем. Таким образом, происходит смена

ценностей и ориентиров, человек (личность) приобретает установки, направленные только лишь на достижение успеха, материального благополучия, власти, признания.

Подобные установки могут формировать нарциссическую личность. На пути достижения поставленных целей такого человека сопровождает постоянное желание сравнивать себя с другими, что может привести к формированию эмоциональной холодности, накоплению «отравляющих» аффектов, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, аффективных и соматоформных расстройств, и социальной дезадаптации. Появление подобных симптомов приводит на прием к психотерапевту, хотя патологический нарциссизм остается в тени для самого пациента, поскольку является эго-синтонным расстройством [3]. Пациенты с нарциссическим личностным расстройством после многочисленных медицинских обследований не редко обращаются за помощью к психотерапевту, психологу с симптомами психосоматических расстройств.

Существует несколько концепций происхождения психосоматических расстройств. В настоящее время теории полифакторной этиологии психосоматических расстройств получают все большее признание, отдать предпочтение той или иной концепции помогает тщательно собранный анамнез [4]. В одной из них психосоматический симптом рассматривается как результат нарушения самоуважения [5].

В эго-психологии, разработанной Х.Кохутом, пациент рассматривается как человек, нуждающийся в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности Эго. Кохут изучал пациентов с нарциссическими личностными расстройствами, которые жаловались на трудно поддающееся описание чувство пустоты, депрессию и неудовлетворенность своими взаимоотношениями с окружающими [5]. Их самооценка оказывалась крайне уязвимой для любых проявлений неуважения.

Будучи детьми, эти пациенты страдали от неспособности родителей выполнять свои родительские функции. «Нарциссические родители» не способны испытывать эмпатию (DSM-4), используют примитивные защиты идеализации и обесценивания в восприятии своих детей [1]. Тем самым лишают безусловной любви своего ребенка, формируя в его психическом пространстве благоприятную почву для развития психических расстройств. Отсутствие психоло-

гической поддержки со стороны матери приводит к отсутствию зрелого самоуважения [2]. Формируется «нарциссический дефицит» и непреодолимое желание личности восполнить его. Пациенты с нарциссическими чертами стремятся к немедленному удовлетворению потребностей, что может спровоцировать возникновение химических и нехимических зависимостей, что так же не редкость в картине нарциссического личностного расстройства.

Психосоматический симптом может появиться в результате замещения любви родителей или их отражения, когда пациент имеет возможность получить внимание от персонала медицинских учреждений, проходя многочисленные обследования и лечение [4].

Существует предположение о трансгенерационном характере нарциссического личностного расстройства [5]. Родители, с данной психопатологией, воспитывая своих детей, передают им черты своего расстройства.

Дети «нарциссических родителей» часто болеют и посещают различные медицинские учреждения. Наблюдение из практики: у 45 женщин психиатрами было диагностировано нарциссическое расстройство личности (Другие специфические расстройства личности (F60.8) МКБ-10). У 32 из них дети в возрасте от 4 до 9 лет с психосоматической симптоматикой: энурез и энкопрез неорганической природы (МКБ-10 F98.0 F98.1), нейродермит, псориаз, atopический дерматит.

Психотерапевт, психолог в работе с пациентами с нарциссическим личностным расстройством становится для него Я-объектом (внутренней частью Я пациента в последствие) проявляющим эмпатию и психологическую поддержку, восполняя тем самым его «нарциссический дефицит». Детальное исследование потребностей и фрустраций пациента, первичных и вторичных выгод от симптома, выявление мишеней психотерапии, неподдельный интерес к проблеме и эмпатия являются важными составляющими крепкого рабочего альянса, согласно психоаналитической терминологии, и позитивного прогноза лечения.

Литература.

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства // Питер, 2010. — 400
2. Кернберг О.Ф. Отношения любви: норма и патология/Пер. с англ. М.Н. Георгиевой / М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. —256 с.

3. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии/Пер. с англ. М.И. Завалова. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 464

4. Кулаков С.А., Психосоматика// СПб., Речь, 2010

5. Кохут Х. Психоаналитическое лечение нарциссических расстройств личности: принципы систематического подхода // Антология современного психоанализ. М.: ИПРАН, т.1, 2000, с. 409-429.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ПРИОРИТЕТОВ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.

*ФГУП «НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека»
Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург*

Продолжающаяся тенденция ухудшения психического здоровья населения требует принятия срочных мер, отвечающих современным требованиям. На необходимость решения проблемы указывают исследования отечественных авторов (Александровский, Ю.А., 1976, 2004, 2007, 2011; Дмитриева Т.Б., 2009; Карвасарский Б.Д., 1986-2005, 2009, 2011; Краснов В.Н., 2009-2010; Курпатов В.И., 2005, 2009, 2011; Незнанов Н.Г., 1993, 2009, 2010, 2011; Мазуров В.И., 2000-2011; Семке В.Я., 2007, 2009 и др.). Исследование, проведенное в 1996-1998 годах в многопрофильном стационаре, показало, что до 80% пациентов нуждаются в квалифицированной помощи психиатра или психотерапевта (В.Л. Филиппов, 1998, 2009, 2011).

По данным ВОЗ в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается 15-20 % населения. По данным официальной отчетности в России обращались за психоневрологической помощью в 2007 году 7,8 млн. (5,5 % населения). Среди всех обращающихся в поликлиники доля лиц с отдельными психическими расстройствами достигает 30%. Около 18% всех освобождений от срочной службы в армии связаны с психическими расстройствами и отклонениями. Среди лиц, увольняемых с военной службы по состоянию здоровья, психическая патология составляет 45,9 % (Дмитриева Т.Б., 2009).

На актуальность проблемы указывает продолжающийся рост распространенности психосоматических расстройств (ПСР), пограничных психических расстройств (ППР) и депрессий. По данным ВОЗ (2006), распространенность депрессий в мире достигает 26% среди женщин и 12% среди мужчин. Депрессия обнаруживается при большинстве соматических заболеваний. В том числе, у 18 - 39% больных с онкологическими заболеваниями и у 15 - 19% больных с ишемической болезнью сердца. Более 50% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают отдельные признаки депрессии. По прогнозу ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире по трудопотерям среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров - сердечнососудистые и инфекционные болезни.

Клиническая практика указывает, что депрессии утяжеляют течение и ухудшают прогноз любого соматического заболевания, являются независимым фактором риска развития цереброваскулярных и кардиоваскулярных заболеваний. У больных с сочетанием инфаркта миокарда и депрессии через 6 -18 месяцев после коронарной катастрофы показатель смертности на 14% выше, чем у пациентов с инфарктом, но без депрессии (Nemeroff С.Н., 2003). На фоне депрессии резко снижается готовность пациента к соблюдению врачебных рекомендаций.

Исторически сложившаяся система наблюдения за состоянием здоровья не позволяет своевременно выявлять психосоматические расстройства и осуществлять современные лечебно-профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия. При планировании и финансировании научно-практических исследований и лечебно-профилактической помощи основное внимание до настоящего времени уделяется соматической сфере. В то же время диагностике психического состояния больного общесоматического стационара, его лечению методами психотерапии, психофармакотерапии и другими методами восстановления здоровья внимания уделяется недостаточно.

Важно подчеркнуть, что на изменение психического и соматического здоровья и поведение людей оказало влияние нервно-психическое напряжение, вызванное социально-экономическими потрясениями в конце прошлого века, представляющее высокую опасность для здоровья людей, как в период воздействия, так и в отдаленном периоде. Начиная с 90-х годов прошлого века, отмечает-

ся резкий рост распространенности ПСР и ППР, саморазрушающего поведения и других нервно-психических заболеваний среди всех групп населения России.

Цель работы – показать роль и место психиатрии, психотерапии и психопрофилактики в развитии специализированной медицинской помощи населению и выборе организационных приоритетов.

Материал, методы и результаты исследования. Проведен анализ ситуации с психическим здоровьем в России и представлен анализ распространенности ППР и ПСР у пациентов общесоматического стационара. Исследована группа больных (640 человек), страдающих ПСР (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и др.). Проведена комплексная оценка соматического и психического здоровья. Мужчин было 240 (37,5%), женщин - 400 (62,5%). Распределение всех исследованных лиц по возрастным группам показало, что большинство было старше 40 лет (64,6%). На возрастные группы до 30 лет и от 31 до 40 лет приходится всего 35,5% (15,9% и 19,5%, соответственно).

При сплошном исследовании установлено, что среди обследованных больных ПСР более 60% страдали депрессиями и тревожно-депрессивными состояниями различной степени выраженности и нозологической принадлежности, которые ранее не были диагностированы и не получали адекватного лечения. В психоневрологической помощи нуждались 79,2% пациентов, а 39,2% больных неоднократно госпитализировались в стационары и длительно лечились в поликлиниках, что приводило к хроническому течению заболеваний, рентным установкам и наносило значительный экономический ущерб. В этиопатогенезе заболеваний выделено несколько этапов: состояние первичной психосоматической дезадаптации, состояние вторичных клинических проявлений ПСР и ППР в результате комплекса негативных воздействий и состояние вторичной психосоматической дезадаптации.

Рассматривая социально-экономические последствия ПСР и депрессий, видим, что депрессия находится на 1 месте в мире среди причин неявки на работу, на 2-м – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности. Если не будут приняты эффективные меры, то к 2020 г. депрессия парализует экономическую жизнь как

развитых, так и развивающихся стран (ВОЗ, 2006). Не менее 60% всех самоубийств совершают больные с депрессией. К 2020 г. именно депрессия может стать убийцей № 1. В семьях, где хотя бы один супруг страдает депрессией, разводы происходят в 10 раз чаще, чем в обычных семьях. На неотложное решение проблемы указывает чрезвычайно низкая выявляемость депрессии врачами общесоматических стационаров и поликлиник и, как следствие, отсутствие необходимого лечения.

Приведенные научные факты убедительно указывают на выбор приоритетов в сохранении психического здоровья в развитии медицинской помощи населению, на необходимость совершенствования психиатрической, психотерапевтической помощи и психопрофилактики в общесоматических стационарах и поликлиниках.

Среди причины низкого уровня диагностики и лечения ПСР и ППР необходимо выделить следующие:

- пациент не понимает разницы между плохим настроением, депрессией и другими ППР как заболеванием, а также существует сложившийся исторически психологический барьер у населения перед обращением к психиатру;
- врач (не психиатр) не имеет элементарной подготовки в области психоневрологии и навыков диагностики ППР и ПСР;
- врач-психиатр не имеет достаточной квалификации в диагностике ранних проявлений депрессии и ПСР
- сложность диагностики и отсутствие утвержденных стандартов помощи пациентам с различными ППР и ПСР в общесоматическом стационаре.

Учитывая вызовы XXI века, приведшие к резкому ухудшению психического здоровья населения, необходимо, среди основных приоритетов медицинской помощи, выделять своевременную психиатрическую диагностику, психогигиену, психопрофилактику и психотерапию. Исходя из того, что психотерапия и психопрофилактика имеют свои специфические особенности, необходимо своевременно выявлять распространенность ППР и ПСР среди различных групп, работающих и населения и оказывать специализированную психотерапевтическую помощь.

Для научного обоснования системы психиатрической помощи и психопрофилактики необходимо определить роль и место различных неблагоприятных факторов, формирующих ПСР,

выделить клиничко-психопатологические и клиничко-психологические критерии диагностики указанных расстройств различного происхождения. Результаты комплексного клиничского, психологического и психофизиологического обследования необходимы для формирования системы психогигиены, определения наиболее оптимальных путей психопрофилактики и психотерапии, других лечебно-восстановительных мероприятий с целью сохранения здоровья населения, а также необходимостью ранней диагностики заболеваний.

Для решения проблемы ранней диагностики, профилактики и лечения ПСР и ППР, учитывая нарастающую остроту негативной ситуации с психическим здоровьем людей, важно определить приоритеты организации научных исследований в интересах современной медицинской практики. Для этого необходимо:

- провести анализа современных требований законодательства и пдзаконных документов по обоснованию и объемах психиатрической и психотерапевтической помощи в общесоматических больницах и поликлиниках, а также освидетельствовании при входном контроле при приеме на работу и профосмотрах лиц, работающих на предприятиях повышенной техногенной опасности;
- выделить приоритеты в организации медицинской помощи в общесоматических стационарах и поликлиниках, для достижения реальных результатов по сохранению психосоматического и психического здоровья людей;
- разработать для врачей общесоматических стационаров и поликлиник диагностические критерии отличия ПСР от ППР, обычной соматической патологии, а также от начальных стадий развития психозов;
- обосновать создание новых организационных моделей оказания специализированной психоневрологической помощи лицам, страдающим психосоматическими, невротическими и другими непсихотическими расстройствами в условиях общесоматического стационара и поликлиники.
- сформировать городскую комплексную программу по объективной оценке ситуации с психическим здоровьем (данные официальной отчетности недостоверны и могут использоваться только для выработки рабочих гипотез), профилактике ППР и ПСР и укреплению психического здоровья с учетом сложившейся ситуации.

Принимая во внимание резкий рост распространенности психогенных расстройств, маскирующихся под соматические заболевания, комплексное лечение которых эффективно методами психотерапии, необходимо рекомендовать главным врачам многопрофильных больниц организовать клинико-поликлинические «отделения психотерапии психосоматических расстройств».

Таким образом, проблема сохранения психического здоровья населения и необходимость формирования комплексной системы психотерапии психосоматических расстройств, психогигиены и психопрофилактики, обусловлена вызовами XXI века. Оказание современной психиатрической и психотерапевтической помощи в условиях общесоматического стационара и поликлиники сложно без соответствующего кадрового и финансово-экономического обеспечения в соответствии с приказом министра здравоохранения №438 от 16.09.2003 года, изданного в целях реализации Закона Российской Федерации от 2 июля 1992г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1992, # 33, ст. 1913) и повышения качества лечения лиц, страдающих психическими расстройствами».

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Цыган А.В., Баурова Н.Н., Цыган Е.Н.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Ревматические заболевания (РЗ) занимают одно из первых мест по степени негативных последствий для здоровья населения. Актуальность изучения РЗ определяется постоянно увеличивающейся распространенностью во всех возрастных группах. Ревматоидный артрит (РА) ограничивает функциональные возможности пациентов в бытовой и профессиональной деятельности, ухудшая психоэмоциональное состояние. У больных РА, наряду с поражением опорно-двигательного аппарата и вовлечением в патологический процесс различных систем и органов, наблюдаются полиморфные клинические проявления невротического уровня с

преобладанием аффективных и астенических нарушений. В связи с этим необходимы дополнительные методики обследования, позволяющие своевременно выявлять характер и выраженность расстройств психоэмоциональной сферы у больных РА.

Для оценки качества жизни пациентов с РА использовался опросник SF-36, уже зарекомендовавший себя как инструмент объективной оценки здоровья больных с РА. Опросник SF-36 содержит шкалы общего состояния здоровья; физического функционирования; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием; ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием; социального функционирования; интенсивности боли; жизненной активности; психического здоровья. Результаты опросника SF-36 оцениваются в процентах. Совокупность шкал позволяет всесторонне оценить качество жизни пациентов.

Методикой многостороннего исследования личности был MINI-MULT, предназначенный для экспресс оценки психической адаптации обследуемых лиц. Опросник состоит из 71 вопроса (утверждения), отобранных на основе факторного анализа, что позволяет сократить время обследования до 15 минут на одного человека. В зарубежных исследованиях валидности конструктивной MINI-MULT указывается на его достаточную валидность при групповой диагностике, а при визуальной – только в случаях выраженных психических отклонений. Принцип и методика тестирования аналогичны методике многостороннего исследования личности. Результаты обследования представлены в виде девяти основных и трёх дополнительных шкал, которые оцениваются в баллах.

В качестве методики определения преобладающего типа отношения пациента к болезни выбран опросник ТОБОЛ, разработанный на основе концепции психологии отношений с целью оценки личностного реагирования на болезнь, позволяющий выявить 12 типов отношения пациента к болезни: гармоничный, эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический.

Тесты «Шкалы Цунга» использовались для оценки уровня депрессии пациентов и определения степени депрессивного расстройства. Испытуемый или врач могут произвести самостоятельное обследование или скрининг депрессии. Тест обладает вы-

сокой чувствительностью и специфичностью, позволяет избежать дополнительных экономических и временных затрат, связанных с медицинским обследованием этических проблем.

Всесторонняя оценка психоэмоционального статуса больных РА необходима для оптимизации схем коррекции выявленных нарушений, с целью улучшения эффективности комплексных лечебных мероприятий и качества жизни.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОЗДНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Чумакова И.О.

*Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, кафедра клинической психологии*

Фибрилляция предсердий (ФП) является одними из весьма распространенных сердечно-сосудистых заболеваний из группы нарушения ритма сердца, оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов и связано с высоким риском развития тромбэмболических осложнений и, как следствие, угрозой для жизни. Среди методов лечения ФП в последние десятилетия особая роль отводится методам «малой» хирургии, в частности процедуре радиочастотной катетерной абляции (РЧКА) легочных вен для изоляции аритмогенного очага (Schmidt C. et al., 2011; Thomas S.P. et al., 2012). Являясь малоинвазивной, РЧКА тем не менее обладает высокой стрессогенностью, поскольку представляет собой вмешательство на сердце, проводимое обычно под общим наркозом. Кроме того, несмотря на высокую (по сравнению с фармакотерапией) эффективность, РЧКА не исключает риска рецидива или осложнений. Эффективность после первичной процедуры составляет ок. 70%, но сохранность результатов при трехлетнем наблюдении отмечается лишь у 44% пациентов (Calkins H. et al., 2007).

Исследования особенностей психологической адаптации пациентов с ФП в позднем послеоперационном периоде немногочисленны. Показано, что РЧКА, в сравнении с медикаментозной терапией, обладает большей эффективностью в улучшении показателей качества жизни и снижении симптомов депрессии и тревоги (Sang

S.N. et al., 2012). В то же время в других исследованиях регистрируется частичное сохранение тревожного фона у пациентов в связи с ожиданием рецидива (Лебедева У.В. и соавт., 2005).

Недостаточно изученными остаются переживания пациентов в послеоперационный период в зависимости от эффективности лечения и отношения к болезни. Выделение факторов, влияющих на психическое состояние больных в поздний послеоперационный период, представляется значимым для определения направлений психологического сопровождения в процессе интервенционного лечения нарушений ритма сердца.

Вышеизложенное определило **цель** настоящего исследования: выделение особенностей переживания пациентов с ФП в поздний послеоперационный период.

Материалы и методы исследования. На базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции №1, кардиологического отделения №2 и первого кардиологического отделения ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова» было проведено обследование пациентов с верифицированным диагнозом ФП, госпитализированных в связи с плановым интервенционным лечением (методом РЧКА).

Дважды были обследованы 25 пациентов (17 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 42 до 69 лет. Средняя давность заболевания на момент госпитализации – $6 \pm 1,2$ лет.

В рамках психологического обследования были использованы следующие методы и методики.

- Полуструктурированное интервью, направленное на оценку эмоционального статуса, общего самочувствия, оценки информированности и ожиданий от лечения (на первом этапе), а также переживаний, связанных с проведенным лечением и его результатом (на втором этапе).

- Структурированное интервью по выборочным вопросам и утверждениям из опросников, направленных на оценку эмоционального статуса: «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) (Бизюк А.П. и соавт., 2003); «Шкала самооценки депрессии» Зунга (Self-Rating Depression Scale – SDS). W. Zung (Zung W., 1965).

- Краткий общий опросник для оценки связанного со здоровьем качества жизни SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey»).

При математико-статистическом анализе использовались методы описательной статистики (частоты); методы выявления различий (критерий Хи-квадрат, t-критерий Уилкоксона). Данные обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics 19.

Результаты исследования. Большинство обследованных пациентов выражали надежду на полное излечение (60%), но в значительном числе случаев (48%) присутствовала также тревога, опасение возможных неблагоприятных последствий. Более половины пациентов (52%) удовлетворены результатами лечения, 48% признают неудовлетворенность ими, что в 83% случаев обусловлено рецидивом основного заболевания либо проявлениями осложнений.

Свое актуальное эмоциональное состояние пациенты оценивают преимущественно как стабильное, удовлетворительное (48%), эмоции тревоги и страха отмечаются у 12% опрошенных, 24% пациентов указывают на повышенную раздражительность, и у 16% выявлено сочетание негативных эмоций различных модальностей. У женщин достоверно больше выражено тревожное ожидание рецидива/осложнений ($X^2=7,35$; $p=0,007$), для них также в целом более типичны эмоции тревоги и страха ($X^2=10,06$; $p=0,018$). Пациенты, ожидающие неблагоприятного результата лечения, достоверно чаще отмечали в послеоперационный период психотравмирующие события, оказавшие влияние на самочувствие ($X^2=4,9$; $p=0,025$). Для пациентов, отмечающих наличие стрессогенных жизненных ситуаций в послеоперационный период, более характерен сниженный фон настроения и эмоциональная нестабильность ($X^2=10,1$; $p=0,017$).

При оценке ответов структурированного интервью обращают на себя внимание различные проявления эмоций тревожного спектра. Так, более половины респондентов согласились с утверждениями: «У меня плохой ночной сон» (52%), «В последнее время я часто находился в напряжении» (56%), «...я часто я расстраивался» (52%), «...я часто тревожился о будущем» (68%), «...я часто плохо спал» (56%).

Пациенты, которые были информированы о возможных осложнениях и ограниченной эффективности РЧКА, были менее критичны к результатам лечения, сохраняли надежду на благоприятный исход. С другой стороны, 12% пациентов были не удовлетворены результатами лечения, несмотря на избавление от сердечной симптоматики ввиду появления других симптомов, субъективно или объективно связанных с последствиями вмешательства.

При этом чаще проявляли повышенную впечатлительность и эмоциональную ранимость пациенты, субъективно не удовлетворенные результатами лечения (они чаще соглашались с утверждениями «В последнее время я часто расстраивался», «...избегал любых конфликтов»; $p=0,046$). Пациенты, не удовлетворенные результатами вмешательства, также чаще предъявляют жалобы на нарушение аппетита и снижение интеллектуальной продуктивности (чаще не соглашались с утверждениями «Аппетит у меня не хуже обычного», «Я мыслю так же ясно как всегда»; $p=0,014$).

Показатели качества жизни, согласно методике SF-36, претерпели положительные, но лишь незначительные изменения. У женщин отмечалось улучшение оценки общего здоровья ($p=0,036$). У пациентов, субъективно удовлетворенных результатами лечения, качество жизни улучшалось преимущественно за счет снижения ограничивающего влияния эмоциональных проблем на повседневную жизнедеятельность ($p=0,007$).

Обсуждение. Интервенционное лечение методом РЧКА, несмотря на свой малоинвазивный характер, является психотравмирующей ситуацией и может негативно сказываться на психическом состоянии пациентов как в предоперационный, так и в послеоперационный периоды.

Настоящее исследование показало, что и в поздний послеоперационный период более чем у половины пациентов отмечаются эмоциональная нестабильность, проявляющаяся, прежде всего тревожным реагированием. Общая эмоциональная нестабильность, как показало исследование, не всегда связана с клинической динамикой. В настоящем исследовании не было выявлено существенной положительной динамики качества жизни пациентов в результате РЧКА, что не согласуется с результатами других исследований (Sang С.Н. et al., 2012; Wokhlu A. et al., 2010). Исследование показало, что важным для удовлетворенности пациентов в послеоперационный период, перенесших РЧКА, является предоставление достаточных знаний об особенностях операции, течении заболевания, возможных последствиях и осложнениях. Непосредственный результат является также значимым условием, но его оценка часто носит субъективный характер и связана с ожиданиями пациента и его информированностью об эффективности РЧКА и связанной с этой процедурой риском.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке программ психологического сопровождения интервенционного лечения пациентов с нарушениями ритма сердца.

Выводы.

1. Более половины пациентов (52%) удовлетворены результатами лечения, 48% не удовлетворены ими, что в 83% случаев обусловлено недостаточной эффективностью лечения либо проявлениями осложнений.

2. В 52-68% зафиксированы разнообразные проявления тревоги и эмоциональной нестабильности, в наибольшей степени выраженные у женщин.

3. Показатели качества жизни, согласно методике SF-36, изменились незначительно: у женщин отмечалось улучшение оценки по шкале общего здоровья ($p=0,04$); у пациентов, субъективно удовлетворенных результатами лечения, качество жизни улучшалось преимущественно за счет снижения ограничивающего влияния эмоциональных проблем на повседневную деятельность ($p=0,007$).

4. Отношение к проведенному лечению и эмоциональный статус пациентов зависели как от объективной эффективности РЧКА, так и от жизненной ситуации в послеоперационный период (наличия психотравмирующих событий), общей эмоциональной устойчивости, а также информированности о болезни и лечении.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ КАК АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ

Чупрова О.В.

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», г. Чебоксары, Чувашская Республика

Исследование проводилось на клинической базе Реабилитационного центра БУ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ ЧР г.Чебоксары. Выборку испытуемых составили лица с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя». Нозологическая диагностика алкогольной зависимости осуществлялась по международным критериям МКБ-10. Всего в исследовании

участвовало 200 пациентов, из которых 131 мужчина (65,5%) и 69 женщин (34,5%), средний возраст испытуемых составил 33,5±6,2 года (18-49 лет).

Цель исследования: изучение психологических особенностей дезадаптации личности больного алкоголизмом и системы дисфункциональных отношений в семьях больных алкогольной зависимостью.

Для психологического исследования личности больных алкоголизмом и их родственников, особенностей семейных взаимоотношений в клинико-психологической диагностике использовались следующие методики: методика Ф. Зимбардо по временной перспективе, опросник семейных эмоциональных коммуникаций А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой, опросник социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой, а также для оценки психологических особенностей зависимого поведения родственников больных алкогольной зависимостью использовалась шкала созависимости.

С помощью методики Ф. Зимбардо по временной перспективе мы исследовали в обеих группах различные измерения временной перспективы, которые рассматривают влияние опыта и планов на будущее, на процесс принятия решений и поведение человека в настоящем и получили следующие результаты :

Так, в группе зависимых высокий уровень выявлен по шкале «Гедонистическое настоящее» - 80 человек (40%), что отражает гедонистическое, беззаботное и беспечное отношение ко времени и жизни, а также принятие рискованных решений, предполагает ориентацию на удовольствие, волнение, возбуждение, наслаждение в настоящем и отсутствие заботы о будущих последствиях, неспособности отказаться от получения удовольствия сегодня ради завтрашней награды (или компенсации), стремление жить ради сегодняшнего удовольствия, нет дела до завтрашнего дня. У 72 испытуемых (36%) по шкале «Фаталистическое настоящее», что раскрывает фаталистическое, беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни в целом. По шкале «Будущее» у 68 пациентов (34%), то есть общая ориентация на будущее, поведение в большей степени определяется стремлениями к целям и вознаграждениям и характеризуется планированием и достижением последних. И у 60 человек (30%) выявлено по шкале «Положительное (позитивное)

прошлое», что отражает теплое, сентиментальное отношение к прошлому. По шкале «Негативное прошлое» - 55 человек (27,5%), характеризуется общим пессимистическим, негативным отношением к прошлому.

В группе «созависимых» преобладает положительное отношение к своему прошлому, так по шкале «Положительное (позитивное) прошлое» высокий уровень отмечается у 29,5% (59 человек), у 48 человек (24%) по шкале «Фаталистическое настоящее», т.е., беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни в целом. По шкале «Будущее» - 40 человек (20%), что характеризуется стремлением к целям и планированием. По шкале «Негативное прошлое» - 35 человек (17,5%), характеризуется негативным отношением к прошлому. По шкале «Гедонистическое настоящее» - у 26 человек (13%), беззаботное и беспечное отношение к жизни, наслаждение в настоящем и отсутствие заботы о будущих последствиях, стремление жить ради сегодняшнего удовольствия.

Таким образом, были выявлены различия в ходе исследования временной перспективы, в группе пациентов, зависимых от алкоголя, и группе их родственников, отмечается преобладание беззаботного и безответственного отношения к настоящему и будущему, стремление жить «сегодняшним днем», а также их родственников, в группе которых преобладает положительное, позитивное отношение к прошлому.

При исследовании с помощью методики диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса, Р. Даймонда в группе пациентов, отмечается высокий уровень эскапизма (уход от проблем) у 78 испытуемых (39%), у 64 человек (32%) по шкале - дезадаптация, а так же ведомость пациента, у 59 человек (29,5%) доминирование, по шкале эмоциональный дискомфорт у 45 человек (22,5%), неприятия себя у 23 человек (11,5%). Кроме того, отмечается низкий уровень внешнего контроля у 67 испытуемых (33,5%), внутреннего контроля у 56 человек (28%), а так же низкий уровень адаптации у 41 человека (20,5%) и эмоционального комфорта у 38 пациентов (19%), принятия себя у 26 испытуемых (13%), неприятие других у 25 человек (12,5%), принятие других у 22 человек (11%).

С помощью опросника семейных эмоциональных коммуникаций А.Б. Холмогоровой, С.В. Воликовой, мы исследовали в группе пациентов характерные особенности родительской семьи

больных А.З. и получили следующие результаты: в группе зависимых, было выявлено, что они воспитывались в семье, в которой преобладали стремления к внешнему благополучию, стремление скрывать и не выдавать окружающим свои проблемы (85 человек или 42,5%), наличие высокого уровня критики в адрес своего ребенка у 80 человек (40%), высокий уровень запрета на выражение эмоций, прежде всего, негативных (у 66 человек или 33%). А у 60 человек (30%) выявлена фиксация родителей на возможных трудностях, опасностях и жизненных неудачах, высоком уровне индуцированности тревоги в семье, а так же у 54 человек (27%) – воспитание в духе высоких стандартов и стремления к совершенству, у 46 человек (23%) – стремление родителей зависимых быть максимально включенным в жизнь своего ребенка, низкий уровень доверия и открытости семьи в контактах с окружающими был выявлен у 42 человек (21%), так же низкий уровень способности семьи не фиксироваться на негативных эмоциях, не подключаться к настроению другого - у 40 человек (20%). Таким образом, полученные результаты, свидетельствуют об определенных нарушениях во взаимоотношениях и внутрисемейных эмоциональных коммуникаций в семьях больных алкогольной зависимостью. Общий показатель дисфункциональных эмоциональных коммуникаций отмечается у 34 пациентов (17%).

В группе «созависимых» выявлено: преобладание по шкале «Сверхвключенность» (40 человек - 20%), отражающая стремление родителей быть максимально включенными в жизнь ребенка. Высокий уровень отмечается так же по шкале «Родительская критика» (38 человек) – у 19% испытуемых, свидетельствующая о наличии критики в адрес ребенка, когда он проявляет негативные эмоции, допускает ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими более успешными детьми. По шкале «Фиксация на негативных переживаниях» у 34 испытуемых (17%), оценивающая способность семьи не фиксироваться на негативных эмоциях, не подключаться к настроению другого. 15% (30 человек) по шкале «Индуцирование тревоги в семье», т.е. фиксация родителей на возможных трудностях, опасностях и жизненных неудачах. По Шкале «Индуцирование недоверия к людям» у 29 пациентов (14,5%), возможность доверять чужим, т.е. степень открытости семьи в контактах с окружающими. По Шкале «Стремление к внешнему благополучию» выявлено у 14,5% испытуемых (28 человек),

стремление семьи скрывать, лакировать, не видеть и не выдавать окружающим свои проблемы. По Шкале «Семейный перфекционизм» 27-13,5%, отражающая воспитание ребенка в духе очень высоких стандартов и стремления к совершенству. А так же отмечается запрет на выражение эмоций, прежде всего, негативных, так по Шкале «Элиминирование эмоций в семье» у 12,5% пациентов (25 человек). Общий показатель дисфункциональных эмоциональных коммуникаций отмечается у 13 человек (6,5%).

Таким образом, полученные результаты, свидетельствуют об определенных различиях во взаимоотношениях в родительских семьях зависимых и созависимых, а так же выраженных нарушениях внутрисемейных эмоциональных коммуникаций в семьях больных алкогольной зависимостью.

С помощью опросника социальной поддержки F-SOZU-22 в адаптации А.Б. Холмогоровой, в группе больных алкогольной зависимостью были получены следующие результаты: низкий уровень эмоциональной поддержки у 105 человек (52,5 %), то есть ощущения поддержки, связанной с переживаниями позитивного чувство близости, доверия и общности, а так же, неудовлетворенность социальной поддержкой, переживание нестабильности в отношениях, приводящее к чувству неуверенности и не ощущения безопасности - у 83 человек (41,5%). У 53 человек (26,5%) отмечается низкий уровень инструментальной поддержки, т.е. практическая или материальная поддержка (деньги или вещи), помощь в выполнении тяжелой работы, освобождение от нагрузок, получение важной информации. Так же отмечается социальная интеграция, т.е. не включенность в определенную сеть социальных интеракций, в рамках которых отмечается совпадение ценностей и представлений о жизни – у 65 человек (32,5%).

Для изучения семейного функционирования была использована шкала созависимости. При исследовании в группе «созависимых» был выявлен высокий уровень резко выраженной созависимости у 36% - 72 человека, преобладание умеренно выраженной созависимости у 70 человек (35%), и только у 29 человек (56%) в пределах нормы.

В связи с этим, исследование особенностей психологической и семенной дезадаптации лиц с синдромом зависимости от алкоголя и их родственников, а так же комплексное использование средств и методов психологической коррекции является актуальным,

ведь только работа с обеими группами, может способствовать значительному улучшению дисгармоничных семейных взаимоотношений и снижению уровня отрицательных качеств личности, и в следствие снизить уровень дезадаптации, важную роль в которой играет система наркологической реабилитации больных алкогольной зависимостью.

ПРОЦЕДУРА МЕТАФОРИЧЕСКОГО ПРОЦЕССИНГА В ТЕХНИКЕ «СИМВОЛИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ» И «ЧИСТОГО ПРОСТРАНСТВА»

Шарапов А.О., Никитченко О.М.

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет*

Областное государственное казенное учреждение здравоохранения особого типа «Областной центр медицинской профилактики» отделение «Центр здоровья», г. Белгород

Новейшие инновационные психологические технологии, позволяющие эффективно разрешать проблемы в рамках клиентского запроса, были разработаны новозеландским психотерапевтом Дэвидом Гроувом в 1980-х годах, и позднее были модернизированы его последователями: Пенни Томпкинс и Джеймсом Лоули [1]. Эти технологии, получили название: Символическое моделирование (СиМ), Чистый язык (ЧЯ) и Чистое Пространство (Clean Space), и могут применяться для работы с психосоматическими расстройствами, психологическими травмами, негативными состояниями и т.п. СиМ является уникальным и синтонным внутреннему миру клиента психотерапевтическим процессом, и позволяет человеку вновь обрести необходимые для полноценной жизни ресурсы, смыслы, трансформировать негативные переживания в позитивные, найти решение долговременно существующих трудностей в разных сферах жизни. Объектом трансформы в СиМ являются метафоры, заполняющие внутреннее пространство человека. Инструментом работы в рамках технологии СиМ является Чистый Язык. ЧЯ – это особый набор вопросов и приемы активного слушания, которые позволяют прояснить психологический ландшафт внутреннего пространства, и способствуют трансформации выявленных психоактивных метафор.

Психотерапевтическая технология «Чистое Пространство» разрабатывалась Д. Гроувом в последние годы его жизни, и передавалась через устную традицию. С 2003 года эта психотерапевтическая система совершенствуется и дополняется его последователями и учениками [2,3,4]. Создавая «Чистое пространство», Д. Гроув заметил, что в традиционных психотерапевтических сессиях клиент, как правило, находится в одной точке пространства, где демонстрирует разные поведенческие акты и формы переживаний собственной проблемы. Дэвид Гроув предложил клиенту по ходу переживания своей проблемы особым образом *перемещаться по физическому пространству*. Взаимодействуя с клиентом, Д. Гроув выявлял особенности запроса через технику ЧЯ; далее исследовал переживания клиента и конгруэнтные им метафоры – этот этап работы может быть назван процедурой метафорического процессинга для внутреннего пространства. В случаях, когда в силу каких-либо причин клиент затруднялся с трансформацией метафоры во внутреннем пространстве (во внутреннем плане сознания), Д. Гроув приступал к процедуре метафорического процессинга для внешнего пространства. Для процессинга во внешнем пространстве типичен феномен психоактивности имеющегося пространства и связи мест этого пространства с внутренней метафорой клиента. В ходе сессии клиент, стимулируемый терапевтом, перемещается по пространству, находит конгруэнтные его проблемной ситуации места и выстраивает некую взаимосвязь, характерную для решения его запроса. Другими словами, разрешение клиентского запроса происходит через *моделирование взаимосвязи* найденных мест друг с другом, и вербализации всплывающей там информации. Феномен *«всплывающего знания»* состоит в том, что в разных точках пространства клиент получает доступ к заблокированной информации. В итоге перед клиентом оказывается подобная «карта» проблемного аспекта его жизни.

Идеальным результатом применения практики ЧП является не просто проработка какого-то состояния, а проработка системы состояний и возможность увидеть, как эта система работает в целом. Важно отметить, что любое состояние, каким бы негативным оно не было, при определенных условиях является ресурсом, и Технология «Чистое Пространство» помогает найти, проявить и задействовать этот ресурс. Понять, как работает данная техника, можно через ана-

логию системных расстановок по Берту Хеллингеру, когда человек, участвующий в расстановке, попадая в определенное место в пространстве, занимая определенную позу, получает доступ к слоям информации, которые отсутствовали до тех пор, пока человек не оказался в данном положении в пространстве. Практика «Чистого Пространства» позволяет достичь контакта с глубинными слоями своего подсознания, при этом активизируется осознанность клиента, т.к. процесс происходит в режиме «здесь и сейчас».

Полная процедура «ЧП» может быть представлена следующими пошаговыми инструкциями: Ведомому предлагается ознакомиться с пространством (комнатой и т.п.), в котором будет проводиться сессия. Ведущий спрашивает: «В этом пространстве, где бы ты сейчас хотел находиться?». Ведомый находит положение «А» в пространстве. Диалог: «Правильное ли это положение в пространстве? Правильное ли положение тела? На правильном ли расстоянии оно от других объектов в этом пространстве? Под правильным ли оно углом? На правильной ли оно высоте?». Далее следует процедура прояснения пространства. Из положения «А»: «Почувствуй пространство. Почувствуй себя в пространстве. Почувствуй свое тело в пространстве. На чем находится твое внимание здесь и сейчас?». Составляется список, в который может быть внесено все, что угодно – это «прояснение пространства». Формулировка запроса: «На что бы ты хотел направить свое внимание в этой сессии?». Ведомому предлагается сформулировать тему для работы в данной сессии и записать ее на отдельном листе бумаги. Очень важный этап – размещение запроса в пространстве (положение «Б»). Как только формулировка готова: «В этом пространстве, где бы ты разместил этот запрос?». Ведомый находит положение для своего запроса в пространстве и размещает там полученное описание. Запуск проработки: ведомый возвращается в положение «А». Вопросы: «И что ты замечаешь об этом (имеется в виду точка «Б» пространства) в этом положении? И есть ли что-нибудь еще (об этом), что ты замечаешь в этом положении?». Вопросы задаются повторно, до полной сгрузки всей информации об этом. Вся информация кратко отмечается на отдельном листке бумаги. Далее вопрос: «И что ты теперь знаешь о своем запросе?», в ответе на который клиент подытоживает выявленное знание. Далее вопрос: «И как бы ты назвал это положение (в котором ты находишься

сейчас)? Оставь свои записи в этом положении». Развитие: «И на чем находится твое внимание теперь?», или: «И что ты теперь хотел бы, чтобы произошло?». Далее работаем с тем, на чем находится внимание ведомого, отыскивая положения, из которых можно что-то новое узнать о том, на чем находится его внимание: «И есть ли в этом пространстве какое-нибудь положение, в котором можно что-то узнать об этом?» (о том, на чем его внимание, или о том, что он хотел бы, чтобы произошло). Ведомый перемещается или меняет положение тела, и находит новое положение в пространстве, которое уточняется с помощью вопросов: «Правильное ли это положение в пространстве? Правильное ли положение тела? На правильном ли расстоянии оно от других объектов в пространстве? Под правильным ли оно углом? На правильной ли высоте?». Из этого места: «Почувствуй пространство. Почувствуй себя в пространстве. Почувствуй свое тело в пространстве. И что ты замечаешь (об этом) в этом положении? И есть ли что-нибудь еще (об этом), что ты замечаешь в этом положении?». Повторно, до полной сгрузки всей информации об этом. Вся информация кратко отмечается на отдельном листе бумаги. Далее клиент дает название уже этому месту и подытоживает полученную информацию о своем запросе. Весь этот алгоритм повторяется до достижения конечного явления – осознания, озарения, изменения отношения, обнаружения новой важной информации и т.п. На первом пункте шага развития можно обращать внимание ведомого на упомянутые им самим элементы его переживаний – недостижимые состояния, «слепые пятна», негативные или позитивные состояния, метафоры и прочее, с целью получить полную карту его состояний в связи с запросом.

Алгоритм «Чистого пространства»:

1. Почувствовать пространство, себя в этом пространстве и найти и расположиться в том месте, где хочется быть в данном пространстве.
2. Сгрузка информации с этого места (И что ты замечаешь здесь и сейчас, находясь в этом месте? – образы, мысли, ощущения, чувства и т.п.).
3. Формулирование запроса (С чем ты хочешь поработать в этой сессии?), нахождение места для расположения запроса и помещение его в это место в данном пространстве.

4. Возвращение на первое место и сгрузка информации с этого места о запросе (И что ты здесь и сейчас замечаешь (нового) с этого места о своем запросе? – образы, мысли, ощущения, чувства и т.п.).

5. Нахождение нового места, где можно что-то узнать новое о запросе (Какое новое место притягивает в этом пространстве, и где ты можешь узнать что-то новое о своем запросе?) и перемещение в это новое место.

6. Сгрузка информации с нового места (И что нового ты замечаешь с этого места здесь и сейчас о своем запросе?), дается название этому месту. Таким образом, происходит процесс нахождения новых мест в пространстве, из которых узнается что-то новое о запросе (образы, мысли, ощущения, чувства и т.п.). И в каждом месте идет сгрузка информации о запросе, и каждому месту дается название и устанавливается связь между ними. Этот процесс продолжается до тех пор, пока не наступит озарение, прояснение, осознание, понимание или разрешение запроса (проблемы).

7. После нахождения необходимого количества мест в пространстве делается зарисовка плана (карты) мест с указанием их названий, который клиент забирает с собой и периодически просматривает, сопоставляя с событиями внутренней и внешней жизни.

Литература.

1. Lawlay J., Tompkins P. *Metaphors in Mind: Transformation through Symbolic Modelling*. London: Developing Company Press, 2000.
2. <http://www.cleancolour.co.uk/store/clean-language-revealing-metaphors-and-opening-minds-p-36.html> /Clean Language: Revealing Metaphors and Opening Minds.
3. <http://www.cleancolour.co.uk/articles/categories/Clean-Space>
4. Салливан У., Рэз Д. Чистый язык и символическое моделирование. Эффективный коучинг через метафоры/ М.: изд-во Велигор, 2011. – 252 с.
5. Шарапов А.О. «Символическое моделирование» и «Чистый язык» как экологичные технологии работы с клиентом в клинической психологии. Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике. Сборник научных статей под общей редакцией член-корр. РАМН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2011. С. 138-143.

МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОГЕННЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Шевченко Ю.С.

Кафедра детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва

Современные концепции психосоматических расстройств, понимаемых как болезненные нарушения с психологическими (эмоционально-аффективными) и соматическими (вегето-сосудистыми) проявлениями, которые возникают в функционально перегруженных или поврежденных висцеральных системах и занимают в клинической картине ведущее место, предполагают комплексный подход к их терапии, с участием, прежде всего психиатра и интерниста. При этом, чем раньше оказывается воздействие на психопатологическую (прежде всего, депрессивную) основу страдания, тем больше шансов предупредить переход функциональных соматоформных расстройств в психосоматоз, т.е. в саморазвивающуюся болезнь с необратимыми органическими изменениями в телесной сфере [2,3,5,22].

В случае психогенной природы психосоматического расстройства комплексность лечебных мероприятий расширяется за счет психотерапевтического и психокоррекционного подходов. Последний на доболезненном этапе психогении может играть роль первичной профилактики не только соматоформных, но и невротических расстройств [6,14]. Если же речь идет о детско-подростковом возрасте, комплекс лечебно-профилактической работы в обязательном порядке должен включать также онтогенетически ориентированный воспитательно-социализирующий аспект [7,19,20]. Этиопатогенез психогенных психосоматических расстройств рассматривается нами как цепь взаимосвязанных факторов, основными звеньями которой являются: стрессорирующие обстоятельства – личность – психотип – соматотип - системно-органный дефицитарность. Механизмы устойчивого патологического состояния замыкают эту цепь в «порочный круг» психосоматоза. На основе онтогенетического подхода нами предлагается пятиуровневая система комплексной (психо-соматотропной) терапии данных состояний (21). Она интегрирует медикаментозное лечение, нейропсихологическую коррекцию, синдромальную психологическую коррекцию алекситимии и эмоциональной сферы, модификацию поведения и личностно ори-

ентированную психотерапию. Каждый уровень включает как специфический, так и общеоздоровительный эффект психотропного и соматотропного воздействия.

Первый уровень – метаболический. Его двойная психосоматическая сущность отражается в сочетании собственно психофармакологического лечения, направленного как на «базисную» для всего расстройства невротическую депрессию в соответствии с ее конкретным вариантом (тревожным, астеническим, тоскливым, дисфорическим), так и на сопутствующие и коморбидные невротические и поведенческие расстройства, а также на нередкие у детей и подростков проявления резидуально-органической церебральной недостаточности с неспецифическим общеукрепляющим медикаментозным (включая фитотерапию), физиотерапевтическим и прочем воздействии в комплексе с симптоматической терапией, направленной на вегетососудистые, алгические, астматические и прочие проявления системного соматоформного расстройства [3]. Перспективным представляется использование для лечения психосоматических расстройств у пациентов разных возрастов гипербарической оксигенации, показавшей свою эффективность не только при астении различной этиологии и психовегетативных синдромах, но и при тревожно-депрессивных состояниях (11,13). В комбинации с психофармакотерапией могут быть использованы нелекарственные методы неспецифического (общебиологического) воздействия: гемосорбция, плазмозферез, КВЧ-терапия, рефлексотерапия, гелий-неоновая лазеротерапия, транскраниальная магнитная стимуляция (транскраниальная микрополяризация), позволяющие преодолевать терапевтическую резистентность за счет изменения реактивности и мобилизации компенсаторных резервов организма (1,10). Переходными к следующему уровню можно считать ароматерапию, магнитотерапию и проч.

Второй уровень – нейрофизиологический. Он представлен нейропсихологической коррекцией [8,15,16], направленной на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р.Лурия), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма (1-й блок - «функции активации, энергоснабжения и стато-кинетического баланса психических процессов»), операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (2-й блок - «функции

операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром)), произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (3-й блок - «функции произвольной регуляции и смыслообразования психомоторных процессов»). Ее неспецифическое воздействие на те или иные психосоматические расстройства реализуется за счет оптимизации церебральных процессов, повышение их экономичности, улучшение «материального» обеспечения душевно-духовного существования и саногенного взаимодействия «тела» и «духа». Общим эффектом сенсомоторной коррекции является улучшение общего чувства тела, включающего протопатические, гаптические и витальные чувства, т.е. воздействие на дефицитное восприятие проявлений сомато-психической сферы – «коэнестезиопатию».

Специфический эффект нейропсихологической коррекции заключается в воздействии на церебральные причины алекситимии и антиципационной недостаточности, в частности, за счет расширения и развития связей между «речевым» и «эмоциональным» полушариями, совершенствования функциональных механизмов сенсо-моторных и пространственно-временных предпосылок ситуационно-личностного предвосхищения и вероятностного прогнозирования. Соматотропный компонент данного уровня обеспечивается общей и дыхательной гимнастикой, общим и точечным массажем, психомышечной тренировкой, плаванием, прыжками на батуте.

Переходом к следующему уровню можно считать приемы парадоксальной интенции в виде упражнений, вызывающих статодинамическое перенапряжение в мышцах, связанных с болью и дисфункцией заинтересованных органов, произвольного провоцирования неприятных ощущений и вегетативных эффектов, описания их эмоционального содержания. Сюда же следует отнести достаточно новый метод терапии — нейрофидбек, основанный на применении биологической обратной связи по нейрофизиологическим параметрам, в частности, отдельный альфа-тренинг, направленный на изменение активности мозга, нарушенной у депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных и психосоматических пациентов (в виде сниженной альфа-активности правого полушария). Антидепрессивный и анксиолитический эффект применения нейробиологической обратной связи коррелирует с «прибавкой мощности альфа-активности» и «увеличением соотношения альфа/тэта» (4).

Третий уровень - синдромальный. Работа на этом уровне направлена, прежде всего, на облигатный для всех психосоматических расстройств патопсихологический синдром – алекситимию и дизонтогенетически-конституциональную дефицитарность эмоциональной сферы в целом. Используются различные коррекционно-психологические приемы, развивающие способность: воспринимать эмоции окружающих (общение на «режиме молчания», игры на невербальное взаимодействие, пантомима и проч.); дифференцировать и вербализировать собственные эмоции (с помощью их обозначения в других анализаторных системах – через вкус, цвет, ощущения, температуру, громкость, яркость, форму, движение); моделировать собственное эмоциональное состояние как на уровне базальной аффективности [9,12], так и на уровне высших (творческих, эстетических) эмоций [8,17]; понимать и компенсировать компоненты собственной «психосоматической структуры личности» (развитие психологической независимости и творческой самостоятельности, способности фантазировать, пользоваться символами, художественными метафорами, учитывать «субъективные факторы» в принятии решений). Более общие задачи этого уровня – повышение эмоциональной устойчивости, снижение тревожности и аффективной застремости. Интегрируются различные психологические и психотерапевтические техники: арт-терапия (в частности, в виде реактивной и регулятивной музыкотерапии), гипноз (в т.ч. «материнский»), семейная и групповая психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, приемы из онтогенетически ориентированной методики ИНТЭКС [18] (чтение мыслей, говорящая пантомима, «винегрет», эмоциональные «приправы», Я-высказывания, три «Да», неоконченные рассказы, лечебная драматизация со сменой ролей, приемы НЛП, библиотерапии и проч.).

Соматический аспект данного уровня представлен необходимой помощью соответствующего специалиста (кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, дерматолога и т.д.) в отношении психосоматического синдрома, находящегося на втором или третьем этапе динамики. Осуществляется вегетативный тренинг, проводится дыхательная гимнастика, бальнеотерапия, массаж, мышечная релаксация и прочие формы тренировки функций.

Переход к следующему уровню представлен психотехническими приемами на основе принципа «слово-движение», а также соматической саморегуляцией с использованием приемов

биологической обратной связи (Б-О-С). Последняя направлена на обучение на фоне мышечной релаксации, аутогенной тренировки (АТ) сознательному управлению вегетативными функциями (потоотделение, частота сердечных сокращений, мышечное напряжение, периферическая кожная температура и т.д.).

Четвертый уровень – поведенческий. Его задача - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной, и других видов психотерапии. Неспецифический аспект данного уровня, обуславливающий в ряде случаев необходимость именно с него начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего бывает необходимо добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций «нельзя» и «надо» (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая холдинг-терапию), т.е. преодолев эти первые ступени индивидуальной «лестницы поведенческих проблем» пациента можно приступить к работе на втором, третьем и пятом уровнях комплексной терапии, а также решать более высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня. В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии преодолеваются ригидные архаические механизмы психологической защиты, расширяется поведенческий диапазон реагирования в конфликтных ситуациях, осваиваются социально приемлемые способы экспрессивной канализации агрессии, приемы саморегуляции в эмоционально значимых ситуациях (АТ, парадоксальная интенция), десенсибилизируются индивидуально типичные стрессогенные факторы, анализируются и дезактуализируются вторичные рентные установки.

Примером интеграции разноуровневого подхода может быть расширенная аутогенная тренировка с вызыванием классических сомато-вегетативных эффектов (тяжести и тепла в конечностях, свободного и ровного дыхания, спокойного и устойчивого сердечного ритма, тепла в области солнечного сплетения, приятной прохлады лба), дополненная образным воображением определенных сюжетов включающим механизмы аффективной саморегуляции (полевой, ритмической, экспансивной, социально-контролирующей), созданием визуализированных, музыкальных, обонятельных «якорей» и использованием их в процессе функциональных тренировок, а также в ситуациях, провоцирующих панические состояния. Указанные приемы сомато-психической саморегуляции в сочетании с когнитивной коррекцией внутренней картины болезни соединяют данный уровень комплексной терапии со следующим.

Пятый уровень – личностный. Его цель - разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Достижимое при этом улучшение коммуникативных способностей снижает уровень стресса, что уменьшает подверженность невротическим и психосоматическим расстройствам. Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы психотерапии) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С.Шевченко и В.П.Добриденем [18] на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [20, 22]. Особенности проведения методики ИНТЭКС - восемь дней подряд непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные интра- и экстрапсихические механизмы устойчивого патологического состояния.

Пятый уровень – личностный. Его цель - разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Достижимое при этом улучшение коммуникативных способностей снижает уровень стресса, что уменьшает подверженность невротическим и психосоматическим расстройствам. Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы психотерапии) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С.Шевченко и В.П.Добриденем [18] на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [20, 22]. Особенности проведения методики ИНТЭКС - восемь дней подряд непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные интра- и экстрапсихические механизмы устойчивого патологического состояния.

Литература.

1. Авруцкий Г. Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М: Медицина. 1988. – С.145-155.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологически привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999. – 304 с.
3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами.-СПб.: Речь, 2002.- 560 с.
4. Бирюкова Е.В. Применение нейрофидбека у резистентных к психофармакотерапии больных с тревожными расстройствами. Автореферат дисс. Канд. Мед., 2011.- 29 с.

5. Боброва Н.А. Психосоматические расстройства у детей и подростков. Диагностика и лечение в условиях детской поликлиники (на модели гастроэнтерологической патологии). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук. М., 2001.- 24 с.
6. Великанова Л.П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора мед. наук. М., 2008.- 44с.
7. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: Справ. Пособие /Под ред. В.Т. Кондрашенко. М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, 2001.- 176 с.
8. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИП «ТАКТ», 2010.- 154 с.
9. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. –М., Изд. МГУ, 1990. –197 с.
10. Мосолов, С. Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления /Мосолов С. Н. // Психиатрия и психофармакотерапия 2002:№ 4(4) – С. 132–136.
11. Мухачев С.Н. Изучение эффективности гипербарической оксигенации в лечении смешанного тревожного и депрессивного расстройства. Автореферат дисс. Канд. Мед., 2011.- 22 с.
12. Никольская О.Н. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2000.- 363 с.
13. Подсваткин В.Г., Кирюхина С.В., Блинов Д.С., Моисеева И.Я. Экспериментально-клиническое обоснование применения иммунокорректоров в комплексной терапии невращения. Поволжский регион. Известия высших учебных заведений 2007; 1: 56—62.
14. Пыркова К.В. Структура психического инфантилизма при невротических и соматоформных расстройствах. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата мед. наук. М., 2009.- 23 с.
15. Семенович А.В., Архипов Б.А. и соавт. Комплексная методика психомоторной коррекции.- М.; МГПУ, 1998.- 76 с.
16. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.- 232с.

17. Шевченко Ю.С., Корнеева В.А. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей с эмоциональными нарушениями. В кн.: Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков /Под общей ред. Проф. Ю.С.Шевченко,- СПб.: Речь, 2003.- с.266-288.
18. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС).- СПб.: Речь, 2004.- 202 с.
19. Шевченко Ю.С., Современные направления психотерапии детей раннего возраста. //Психотерапия сегодня: Материалы 3-й Всероссийской конференции по психотерапии. М.; Изд-во Ин-та психотерапии, 1999.- с.104-106.
20. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия детей и подростков. Вопросы психического здоровья детей и подростков (Научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). 2008 (8) №2. М., 2008,- с.29-41.
21. Шевченко Ю.С. Онтогенетическая концепция комплексной многоуровневой терапии психогенных психосоматических расстройств.//Психотерапия и клиническая психология. Научно-практический рецензируемый журнал. Официальный орган Белорусской ассоциации психотерапевтов. № 3 (30), Минск, 2009.- с. 29-33.
22. Шевченко Ю.С. Общие вопросы психотерапии и психокоррекции (междисциплинарный подход). Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов /Под. Ред. Ю.С. Шевченко.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.- 928 с. (Лекция 29.- с. 761-799).

ОСНОВНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ – ИНТЕГРАЦИЯ

Эйдемиллер Э.Г.

*Северо-Западный Государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, кафедра детской психиатрии, психотерапии
и медицинской психологии*

Основная тенденция в развитии современной психотерапии – это создание интегративных методов и моделей.

Доказательство носит чисто логический характер, а именно, если существует множество психологических теорий личности,

микро- и макрогрупп, то и методов психотерапии существует множество [4]. Казалось бы, этот факт обуславливает существование множества методов психотерапии-психоанализа, аналитической психодрамы, транзакционного анализа, гештальт-терапии и др. Но все эти теории, а вслед за этим психотехнологическое воплощение их обнаруживает стремление к синтезу или интеграции (о чем речь пойдет далее).

Личность и организм представляют собой системное единство. Лучшие представители медицины говорили, что лечить нужно не болезнь, а больного. Следовательно, при лечении болезней возникает потребность в комбинации средств, чтобы воздействовать на все звенья этиопатогенеза.

К примеру, сочетание антибиотиков с витаминами, иммуномодуляторами и другими препаратами применяют при лечении многих заболеваний. Но это пример комбинации, т.е. сочетание частей без достижения целостности.

Тогда почему в психотерапии должны существовать только методы и почему интегративные тенденции в развитии всего живого нужно защищать в дискуссии?

Анализ психологических теорий и методов семейной психотерапии показывает, что существуют две тенденции в развитии семей, а именно, конкуренция и кооперация между ее членами. В данном контексте конкуренция – это стремление найти и применить лучшее решение проблем.

Именно эти качества, эти тенденции присущи функционированию живых открытых систем, к которым относятся личности/организмы, микро- и макрогруппы.

Эти системы управляются двумя реципрокно связанными законами – поддержания гомеостаза (обеспечение стабильности и экономичности взаимоотношений) и отклонения от гомеостаза (закон дифференциации) [5].

Развитие живых открытых систем в онтогенезе обусловлено борьбой и интеграцией (кооперацией) в действии этих законов. Все отношения внутри и вне личности носят характер конкуренции и кооперации.

Выдающийся американский семейный психотерапевт Сальвадор Минухин [8] писал, что подсистема детей в семье позволяет им учиться конкуренции и кооперации. Эти две тенденции

присущи всему живому в процессе развития, изменчивости и поиска стабильности, когда изменения сменяются стабильностью и наоборот. Это еще одно доказательство того, что в психотерапии могут существовать методы, конкурирующие между собой, и интегративные. В свою очередь интеграция не отменяет конкуренцию.

В спор о том, возможна ли интеграция психологических теорий и психотехнологий, существенный вклад делает терминологическая неразбериха. В «Психотерапевтической энциклопедии» [4] встречаются термины «метод», «модель», «методика», «приемы и техники».

Важно дифференцировать эти понятия, наполнить их непротиворечивым смыслом, а затем переходить к поиску аргументов «за» и «против» существования только методов психотерапии, или только интегративных.

В монографии «Психология и психотерапия семьи» [5] я выделил понятия, которые обозначают и дифференцируют психотерапевтический опыт:

- Метод.
- Направление.
- Школа.
- Модель.
- Техника.

Существуют также термины «модальность» и «полиmodalность».

Далее я позволю наполнить эти термины содержанием.

Метод - это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Метод психотерапии – это конкретное технологическое воплощение конкретной теории. К примеру, патогенетическая психотерапия неврозов В.Н. Мясищева – это технологическое воплощение концепции «психологии отношений». Можно сказать, что психоанализ являет собой две ипостаси - мировоззрение и метод психотерапии.

Направление - это группа методов в психиатрии и психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий в теории; имеющих сходство и различие в практическом, т.е. технологическом воплощении этих теорий.

В качестве примера сошлемся на «Американское руководство по психиатрии» [7]. Авторы использовали основные поло-

жения психоанализа для объяснения психосоциогенеза психических расстройств. Сильвано Ариети [7] описал в нем шизофрению и маниакально-депрессивный психоз в качестве функциональных. Он считал, что в ответ на определенные нарушения во внутриличностном и межличностном пространствах человека формируются эти функциональные психозы. В настоящее время многие теоретические положения этого направления в психиатрии подвергнуты ревизии, но близкое к нему направление – динамическая психиатрия – успешно развивается [1].

Школа – это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т.д.). К примеру, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психодрама Д.Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Перлса, патогенетическая психотерапия неврозов В.Н. Мясищева, динамическая психиатрия Г. Аммона и др.

Модель – одно из значений этого слова по «Толковому словарю русского языка» С.И. Ожегова и Н.Ю. Шведовой [3] – образец. Мною и моим котерапевтом Александровой Н.В. разработаны модели краткосрочной аналитической психодрамы (КАП) и аналитико-системной семейной психотерапии (АССП). Нами не были созданы какие-то новые концепции, а заимствованы уже существующие – психоанализ, психология отношений, системный и нарративный подходы. Зато интеграция их, основанная на сходстве корректирующих механизмов, и технологическое воплощение этих идей были оригинальными.

Техника – это конкретные технологические действия в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода. Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии.

Теперь перейдем к уточнению понятий, обозначающих процесс соединения, с помощью «Толкового словаря русского языка» С.И. Ожегова, Н.Ю. Шведовой [3] и «Большого словаря иностранных слов» [2].

- Комбинация – сочетание, взаимное расположение чего-нибудь, система приемов для достижения чего-нибудь.

- Интеграция, интегрировать – объединить в одно целое.

- Синтез – единство, неразрывная целостность частей.

- Поли-... (к примеру, полифония, поливитамины и др.) (от гр. poly «много») – часть сложных слов, сообщающее значение множественности, всесторонности и разнообразия.

- Модальность – (термин, которым пользуется В.В.Макаров и его сотрудники) означает следующее:

1. Характеристика логического суждения по уровню достоверности.

2. Категория слов, выражающих отношение говорящего к объекту высказывания.

В свете этого мне трудно пользоваться термином «полиmodalность», о чем я сообщил и В.В. Макарову.

- Эклектика (эклектизм) – неорганическое, чисто внешнее соединение внутренне несоединимых взглядов, точек зрения и методов.

Если пойти по пути эклектики в психотерапии, то тогда будет трудно доказать какие лечебные факторы являются ведущими и определяют ее результат. Кроме того, окажется невозможным проводить и концептуализировать сам процесс психотерапии и проводить обучение.

Еще раз позволю себе повторить мысль, что основная тенденция в развитии современной психотерапии, при уважении к ее методам, – это соединение (интеграция) теорий и психотехнологических приемов их воплощения. Реализация этих тенденций происходит в создании новых моделей, подчас и методов, интегративной психотерапии.

Об интеграции можно говорить с полным основанием в том случае, если создаются методы и модели психотерапии, которые основываются на схожих теориях, терапевтических механизмах и факторах.

В проводимой мною индивидуальной, групповой и семейной психотерапии выделены вслед за Ирвином Яломом и Молином Лесцем [6] следующие терапевтические механизмы и факторы, на которых я позволю себе подробно не останавливаться:

1. Терапевтические механизмы психотерапии

1.1. Конфронтация.

1.2. Корректирующий эмоциональный опыт.

1.3. Научение.

2. Терапевтические факторы, которые участвуют в групповой и семейной психотерапии [5,6]

2.1. Вселение надежды.

2.2. Универсальность проблем, сменяющая их трактовку в терминах уникальности.

2.3. Предоставление информации.

2.4. *Дидактическое инструктирование.* Здесь я выскажу свое несогласие с мнением И. Ялома и М. Лесца в том, что психотерапевт дает советы, так как в этом случае он несет ответственность за результат. Вслед за семейными психотерапевтами, и сам как семейный психотерапевт, я использую в качестве дидактического инструктирования различного рода директивы. Директива инициируется психотерапевтом, исходя из запроса пациентов/клиентов, и определяет направление изменений в паттернах эмоционально-поведенческого реагирования. Сальвадор Минухин [9] и Джей Хейли [8] давали не совет, а предлагали в качестве эксперимента некие задания членам семей. Пример парадоксальной директивы Джея Хейли: «Сейчас мы заканчиваем супружескую психотерапию. Раньше Вы часто ссорились, а сейчас Вы научились понимать друг друга, но я хочу предложить Вам в течение трех дней в определенные часы дня ссориться на протяжении 15 минут». Джей Хейли заметил, что супругами достигнуты терапевтические цели, но переживают волнение, что они остаются без психотерапевта. Парадоксальность данной директивы заключается в том, что очень трудно заставить людей осознанно делать то, что не соответствует их желаниям. Пробы «ссоры» приведут супругов к мысли, что у психотерапевта «не все в порядке с головой», и что лучше забыть о нем [8].

2.5. *Альтруизм.* Я пришел к выводу, что пациенты/клиенты с эгоцентрической направленностью личности на протяжении психотерапии способны трансформировать ее в альтруизм.

2.6. *Корректирующая рекатипуляция первичной семейной группы.* Рано или поздно в индивидуальной, групповой и семейной психотерапии пациенты/клиенты начинают осознавать какие паттерны поведения связаны с первичной семейной группой, как они

взаимодействуют с новыми паттернами, актуализирующимися в ситуации «здесь и сейчас».

2.7. Развитие навыков социализации.

2.8. *Имитационное поведение.* Позволю себе не комментировать фактор 7, так как он имеет отношение к фактору 3 «научение».

2.9. *Сплоченность группы.* Эмпатическое восприятие участниками психотерапии себя и друг друга приводит к созданию атмосферы безопасности. Уместно вспомнить знаменитое высказывание просветителя эпохи Ренессанса Яна Амоса Коменского: «В начале полюби, потом научи». Эти слова можно перефразировать следующим образом - создание атмосферы безопасности на протяжении всей психотерапии обеспечивается аккомодирующими вмешательствами, которые сопровождаются дозированными реконструктивными вмешательствами, соответствующими уровню зрелости индивидов, групп и семей.

2.10. *Катарсис.* Наблюдение участниками психотерапевтического процесса за поведением друг друга, переживаниями и страданиями приводят к тому, что происходит осознание, а в аналитической психодраме к «очищению», отреагированию и последующей когнитивной сборке.

2.11. *Фактор экзистенции.* Обсуждение и моделирование различных аспектов переживаний и поведения участников психотерапии, конфронтация с ранее неосознаваемыми переживаниями, подчас сопровождающееся болью, приводят к принятию собственного «Я» и выбору собственного предназначения. Раньше я думал, что экзистенциальный фактор существует только в психотерапии взрослых, поскольку они являются сложившимися личностями. Однако, дети и подростки также находили способ определить границы своего «Я» и своего предназначения.

За время своей работы психотерапевтом я разработал совместно с коллегами-психотерапевтами три модели психотерапии:

- Интегративная интеракционно-ролевая с гештальт-экспериментами групповая психотерапия (соавтор Федоров А.П.).

- Краткосрочная аналитическая психодрама (соавтор Александрова Н.В.)

- Аналитико-системная семейная психотерапия (соавтор Александрова Н.В.)

Позволю себе не останавливаться на этом, т.к. в опубликованных статьях есть подробное изложение сказанного.

В заключении хочу сказать, что противопоставление методов монопсихотерапии методам, основанным на интеграции, является неконструктивным.

Литература.

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. – Л.: Изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
2. Большой словарь иностранных слов (сост. А.Ю. Москвин). - М.: ЗАО Центр-полиграф, 2008. – 685 с.
3. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М.: Азбуковник. 2002. – 944 с.
4. Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.
6. Ялом И., Лесц М. Групповая психотерапия. Теория и практика. 5-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 688 с.
7. American handbook of psychiatry. Vol.one/Ed. Silvano Arieti – Basic books Inc., Publishers, New York, 1965. – 999 p.
8. Haley J. Problem-solving therapy. N.Y.: San Francisco, L., Harper Colophon Books, 1978, - 261 p.
9. Minuchin S. Familie and family therapy. – Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1974. – 288 p.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А	
Абабков В.А.....	7
Агапова Е.В.....	12
Александров А.А.....	17
Алёхин А.Н.....	29
Андреева Е.В.....	29
Антипина Т.А.....	34, 113, 140, 187, 192
Антипин С.Г.....	34, 113, 140, 187, 192
Б	
Баранцева В.И.....	68
Бартош Т.П.....	35
Баурова Н.Н.....	274
Белов В.Г.....	40, 42, 116
Беляева И.Б.....	175
Билецкая М.П.....	47, 50
Блох М.Е.....	54
Бобкова Е.Н.....	61
Боголюбова О.Н.....	7
Бодагова Е.А.....	67
Булгакова О.С.....	68
Бусурин М.Ю.....	70
Бызова В.М.....	72
В	
Ванчакова Н.П.....	76
Вассерман Л.И.....	78, 84
Вацкель Е.А.....	76
Веревошкин С.В.....	7
Виницкая А.Г.....	88
Винокур В.А.....	12
Войт Т.С.....	7
Воробьева В.Г.....	70
Воробьева Н.В.....	34, 162, 182
Г	
Ганузин В.М.....	93
Говорин Н.В.....	67
Гончарова Н.С.....	29
Грицевич Т.Д.....	98
Грошева Е.В.....	102
Гулевич Е.И.....	177, 180
Д	
Даниленко О.В.....	238
Дмитриева В.А.....	170
Долганова Н.П.....	105
Е	
Ельшибаева К.Г.....	34, 40, 113, 182, 184, 189
Ермолаева О.С.....	265
Ж	
Жигаев Г.Ф.....	110
Жукова О.А.....	40, 42, 113, 116, 162, 182, 183, 184, 187, 189
З	
Зубарева О.В.....	121
Зыкова С.О.....	122, 260
И	
Иванчук Э.Г.....	127, 222
Ивашиненко Д.М.....	61
Игнатьева М.Г.....	140
Иовлев Б.В.....	88

К		О	
Карибджанян А.П.	121	Обидин И.Ю.	169
Карпинская Е.М.	128, 131	Одинцова В.В.	170
Ким А.С.	134	Октябрьская И.В.	175
Ковпак Д.В.	136	П	
Комекбаева Л.К.	140, 192	Павлова В.Ю.	177, 180
Кравченко Н.Е.	245	Паньшина В.С.	198
Красильникова Н.В.	76	Парфенов С.А.	42, 113, 116, 182, 183, 184, 187, 189
Кривигина Е.В.	110	Парфенов Ю.А.	42, 116, 183, 184, 187, 189, 192
Кувшинова Н.Ю.	142	Пасечник И.П.	193
Купреничева Т.В.	47	Петрова Н.Н.	155, 198, 199
Куртанова Ю.Е.	149	Пилевина Ю.В.	199
Л		Потемкина Е.А.	7
Лазарева Е.Ю.	154	Р	
Лазуренко С.Б.	224	Рагозинская В.Г.	201
Лихонос Л.М.	155	Радюк О.М.	206
М		Рахматуллина Э.Н.	213
Мазурова Н.В.	156, 224	Рожкова А.В.	218
Маневский Ф.С.	7	Ростовщиков В.В.	127, 222
Матвеев А.В.	34, 113, 140, 182, 187, 189, 192	Рюмин А.В.	78
Метляева Н.А.	159	С	
Моисеева О.М.	29	Сараева К.А.	134
Мостовая Л.И.	142	Сафонов В.К.	7
Н		Свиридова Т.В.	224
Нестеренко М.Ю.	40, 113, 162, 182, 184, 187	Сергеев А.В.	218
Никитенко М.А.	7	Сидоренко В.А.	218
Никитченко О.М.	285	Сидорова Ю.И.	50
Николаева Н.В.	163	Сметанников П.Г.	225
Николаев Е.Л.	154	Смирнов А.В.	76
Новикова И.А.	168	Смирнова И.О.	155
		Смирнов С.В.	121
		Сокинина А.А.	227
		Соловьева С.Л.	231

Стафинова Е.А.	70	Ц	
Степанова Л.В.	149	Цыган А.В.	274
Строев Ю.И.	238	Цыган Е.Н.	274
Суетина О.А.	245	Ч	
Сурушкина С.Ю.	218	Черных И.Д.	98
Т		Чуйкова А.С.	177, 180
Табидзе А.А.	249	Чумакова И.О.	276
Тарасова Ю.Н.	250	Чупрова О.В.	280
Ташлыков В.А.	175, 255	Чурилов Л.П.	238
Тимофеева А.М.	156	Чутко Л.С.	218
Титиевский С.В.	70	Ш	
Тонких М.В.	258	Шаболтас А.В.	7
Третьякова Н.С.	260	Шарапов А.О.	285
Трифонов Е.А.	29, 84	Шахов Д.В.	42, 113, 116, 182, 183, 184, 187, 189, 192
Троик Е.Б.	265	Шевченко И.В.	102
Тумакова Ю.О.	266	Шевченко Ю.С.	290
У		Шестакова Н.Н.	76
Удальцова Е.М.	102	Шестопал О.В.	72
Ураева Г.Е.	7	Шишкин А.Н.	199
Ф		Щ	
Федяй С.О.	134	Щелкова О.Ю.	88
Фесенко Ю.А.	238	Э	
Филиппова Ю.В.	269	Эйдемиллер Э.Г.	297
Филиппов В.Л.	269		
Фролов С.С.	70		
Х			
Ходакова Ю.А.	245		

СОДЕРЖАНИЕ

Консультативный совет программы «Психосоматическая медицина»	3
Организационный комитет программы «Психосоматическая медицина»	5
Приветствие	6
Влияние кофеина и эмоционального состояния на уровень кортизола при экспериментальном стрессе Аббков В.А., Боголюбова О.Н., Веревошкин С.В., Войт Т.С., Маневский Ф.С., Никитенко М.А., Потемкина Е.А., Сафонов В.К., Ураева Г.Е., Шаболтас А.В.	7
Взаимосвязь интенсивности профессионального «выгорания», уровня депрессии и самооценки здоровья у государственных служащих Агапова Е.В., Винокур В.А.	12
Аналитико-катартическая терапия психогенных расстройств Александров А.А.	17
Эмоциональный статус и качество жизни у пациентов с синдромом эйзенменгера Алехин А.Н., Андреева Е.В., Трифонова Е.А., Гончарова Н.С., Моисеева О.М.	29
Психологические предпосылки жизнеспособности подростков как факторы их психосоматического здоровья Антипина Т.А., Антипин С.Г., Ельшибаева К.Г., Воробьева Н.В., Матвеев А.В.	34
Особенности психического состояния старшеклассников с признаками нарушения психической адаптации Бартош Т.П.	35

Телесноориентированная терапия подростков с психосоматической патологией Белов В.Г., Нестеренко М.Ю., Жукова О.А., Ельшибаева К.Г.	40
Психологическая поддержка конструктивного преодоления фрустрации у лиц пожилого возраста с психосоматикой Белов В.Г., Парфенов Ю.А., Жукова О.А., Шахов Д.В., Парфенов С.А.	42
Тревога в семьях детей с гастродуоденитом с позиции системного семейного подхода Билецкая М.П., Купреничева Т.В.	47
Особенности межличностных отношений и способов совладания с трудной жизненной ситуацией пациентов с гипертонической болезнью Билецкая М.П., Сидорова Ю.И.	50
Привычное невынашивание беременности с позиций психосоматических и соматопсихических соотношений Блох М.Е.	54
Роль алекситимии в развитии психосоматических заболеваний Бобкова Е.Н., Иващенко Д.М.	61
Психосоматическая патология среди врачей Бодагова Е.А., Говорин Н.В.	67
Состояния психики, сомы и иммунной защиты при хроническом стрессе Булгакова О.С., Баранцева В.И.	68
Психофизический дискомфорт – осевое расстройство и базовое переживание пограничных состояний Бусурин М.Ю., Стафинова Е.А., Титиевский С.В., Воробьева В.Г., Фролов С.С.	70

Представления молодежи о своей телесности и здоровье Бызова В.М., Шестопал О.В.....	72
Психосоматические взаимосвязи у больных с хроническим заболеванием почек, получающих лечебный гемодиализ Ванчакова Н.П., Смирнов А.В., Шестакова Н.Н., Вацкель Е.А., Красильникова Н.В.....	76
Сравнительная характеристика динамики аффективно-поведенческих особенностей больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации в процессе психотерапии Вассерман Л.И., Рюмин А.В.....	78
Гуманистическая парадигма в психологии и сфера здоровья личности Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.....	84
Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при коморбидных психических и соматических расстройствах Виницкая А.Г., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю.....	88
Педагогическое насилие в школе: риск развития психосоматических нарушений Ганузин В.М.....	93
Выявление влияния психоэмоционального стресса на возникновение онкологического заболевания Грицевич Т.Д., Черных И.Д.....	98
Особенности работы с тяжелыми расстройствами пищевого поведения в детском психиатрическом стационаре Грошева Е.В., Удальцова Е.М., Шевченко И.В.....	102
Особенности эмоциональной регуляции у лиц с метаболическими нарушениями Долганова Н.П.....	105

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в сочетании с психическими заболеваниями Жигаев Г.Ф., Кривигина Е.В.....	110
Инновационные изменения как предпосылка формирования неврозов у лиц пожилого возраста Жукова О.А., Парфенов С.А., Шахов Д.В., Антипин С.Г., Антипина Т.А., Матвеев А.В., Ельшибаева К.Г., Нестеренко М.Ю.....	113
Социальная поддержка пожилого человека с психосоматической патологией Жукова О.А., Парфенов Ю.А., Белов В.Г., Парфенов С.А., Шахов Д.В.....	116
Клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ожоговой травмой Зубарева О.В., Смирнов С.В., Карибджанян А.П.....	121
Психологическая адаптация лиц с аутоиммунными заболеваниями печени Зыкова С.О.....	122
Клинические особенности соматизированных аффективных расстройств Иванчук Э.Г., Ростовщиков В.В.....	127
Хроническое заболевание у детей в его языковом контексте Карпинская Е.М.....	128
Эмоциональные коммуникации в семьях с детьми, страдающими эмоциональными и поведенческими нарушениями Карпинская Е.М.....	131
Роль аффективного компонента при кожных заболеваниях Ким А.С., Сараева К.А., Федяй С.О.....	134

Механизмы соматизации тревоги

Ковпак Д.В. 136

Преодолевающее поведение у лиц в кризисном состоянииКомекбаева Л.К., Матвеев А.В., Антипина Т.А.,
Антипин С.Г., Игнатъева М.Г. 140**Отношение к факту пересадки органа у пациентов отделения
трансплантации почки: смысл происходящего
и адаптация к болезни**

Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И. 142

**Особенности самосознания подростков с различными
хроническими соматическими заболеваниями
(на примере кардиологических заболеваний
и хронической почечной недостаточности)**

Куртанова Ю.Е., Степанова Л.В. 149

**Психологические мишени терапии в структуре личности
больных с артериальной гипертензией**

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. 154

**Психосоматические связи в дерматологии на примере
пациентов с псориазом**

Лихонос Л.М., Смирнова И.О., Петрова Н.Н. 155

**Психологическое сопровождение детей и подростков
с бронхиальной астмой в процессе
восстановительного лечения**

Мазурова Н.В., Тимофеева А.М. 156

**Социально-психофизиологическая адаптация больного,
пострадавшего при аварии ЧАЭС, перенесшего острую лучевую
болезнь IV крайне тяжелой степени и местные лучевые
поражения I-IV степени тяжести**

Метляева Н.А. 159

**Психокоррекция психосоматических расстройств
осознаванием с опорой на тело**

Нестеренко М.Ю., Жукова О.А., Воробьева Н.В. 162

**Влияние психосоматического заболевания на эмоционально-
личностную сферу женщины в период ожидания ребенка**

Николаева Н.В. 163

**Диагностика психосоматических расстройств
в общесоматической практике**

Новикова И.А. 168

**Психосоматический подход к синдрому
послеродовой депрессии**

Обидин И.Ю. 169

**Эмоциональное благополучие в контексте
жизненного пути**

Одинцова В.В., Дмитриева В.А. 170

**Сравнительная оценка показателей психосоматического
статуса у пациентов с ревматоидным артритом
и эмоционально-аффективными расстройствами на фоне
терапии амитриптилином или тразодоном (Триттико)**

Октябрьская И.В., Беяева И.Б., Ташлыков В.А. 175

**Распространенность психосоматических состояний у пациентов
терапевтического стационара**

Павлова В.Ю., Гулевич Е.И., Чуйкова А.С. 177

Тревожные расстройства у пациентов поликлиники

Павлова В.Ю., Гулевич Е.И., Чуйкова А.С. 180

**Возрастные особенности психосоматических расстройств
у военных врачей-стоматологов**Парфенов С.А., Жукова О.А., Ельшибаева К.Г., Шахов Д.В.,
Воробьева Н.В., Нестеренко М.Ю., Матвеев А.В. 182

Механизмы психологической адаптации пациентов пожилого возраста с хроническим периодонтитом с различным уровнем тревожности Парфенов Ю.А., Жукова О.А., Парфенов С.А., Шахов Д.В.....	183
Оказание психотерапевтической помощи при психосоматических заболеваниях в гериатрическом отделении поликлинического звена Парфенов Ю.А., Жукова О.А., Парфенов С.А., Шахов Д.В., Ельшибаева К.Г., Нестеренко М.Ю.....	184
Современные подходы к определению трудной жизненной ситуации как предпосылке формирования психосоматической патологии Парфенов Ю.А., Матвеев А.В., Антипина Т.А., Антипин С.Г., Парфенов С.А., Жукова О.А., Шахов Д.В., Нестеренко М.Ю.....	187
Биопсихосоциальный подход в исследованиях психосоматических расстройств у лиц пожилого возраста Парфенов Ю.А., Парфенов С.А., Жукова О.А., Ельшибаева К.Г., Шахов Д.В., Матвеев А.В.....	189
Особенности копинг-поведения у лиц экстремального профиля деятельности с ишемической болезнью сердца Парфенов Ю.А., Шахов Д.В., Комекбаева Л.К., Матвеев А.В., Антипина Т.А., Антипин С.Г.....	192
Психосоматические расстройства у новорожденных и материнская компетентность Пасечник И.П.....	193
Психоэмоциональное состояние работников шумового производства Петрова Н.Н., Панышина В.С.....	198
Аффективные расстройства и комплаенс соматических больных Петрова Н.Н., Пилевина Ю.В., Шишкин А.Н.....	199

Нейрофизиологические корреляты негативной аффективности у психосоматических больных Рагозинская В.Г.....	201
Универсальная модель стресса Радюк О.М.....	206
Характеристики мнестических функций у подростков с сахарным диабетом 1 типа Рахматуллина Э.Н.....	213
Оценка качества жизни при синдроме эмоционального выгорания Рожкова А.В., Чутко Л.С., Сидоренко В.А., Сурушкина С.Ю., Сергеев А.В.....	218
Об особенностях постинсультных депрессивных расстройств Ростовщиков В.В., Иванчук Э.Г.....	222
Психологическая помощь в структуре комплексного лечения детей школьного возраста с болезнями органов пищеварения Свиридова Т.В., Мазурова Н.В., Лазуренко С.Б.....	224
Психосоматические взаимоотношения при гипертонической болезни Сметанников П.Г.....	225
Влияние детско-родительских отношений на развитие у ребенка эмоциональных нарушений Сокинина А.А.....	227
Переживание тревоги больными с психосоматическими заболеваниями Соловьева С.Л.....	231
Гормонально-метаболические детерминанты поведения человека или «Вам не к психиатру, а к эндокринологу» Строев Ю.И., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П., Даниленко О.В.....	238

Особенности психогенных реакций, развивающихся у детей дошкольного возраста с онкогематологическими заболеваниями Суетина О.А., Кравченко Н.Е., Ходакова Ю.А.....	245
Опыт использования психологического и приборного психофизиологического методов в диагностике психосоматических заболеваний и оценки передачи их по наследству Табидзе А.А.....	249
Специфика субъективного переживания соматического неблагополучия у судей Тарасова Ю.Н.....	250
Диагностика и терапия панических атак в общей медицинской практике Ташлыков В.А.....	255
Клинико-психологическое исследование суицидальных тенденций в кризисном обществе Тонких М.В.....	258
Личностно-адаптационный потенциал у женщин с острым инфарктом миокарда Третьякова Н.С., Зыкова С.О.....	260
Психосоциальные особенности пациенток, проходящих лечение методом экстракорпорального оплодотворения Троик Е.Б., Ермолаева О.С.....	265
Психосоматические симптомы в картине нарциссического личностного расстройства как результат нарушения самоуважения Тумакова Ю.О.....	266
Психосоматические расстройства и проблема выбора приоритетов в организации медицинской помощи Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.....	269

Методики исследования и оценки состояния психоэмоциональной сферы пациентов с ревматоидным артритом Цыган А.В., Баурова Н.Н., Цыган Е.Н.....	274
Психическое состояние пациентов с фибрилляцией предсердий в поздний послеоперационный период Чумакова И.О.....	276
Особенности психологической дезадаптации и дисфункциональных семейных отношений у лиц с синдромом зависимости от алкоголя как аспект реабилитации Чупрова О.В.....	280
Процедура метафорического процессинга в технике «символического моделирования» и «чистого пространства» Шарапов А.О., Никитченко О.М.....	285
Многоуровневая терапии психогенных психосоматических расстройств Шевченко Ю.С.....	290
Основная тенденция развития современной психотерапии – интеграция Эйдемиллер Э.Г.....	297
Авторский указатель.....	305

Программа
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Конференция XII
**Актуальные проблемы психосоматики
в общемедицинской практике**

16 ноября 2012 года
Санкт-Петербург

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Под общей редакцией
акад. РАМН Мазурова В.И.

Научные редакторы: Ташлыков В.А., Ковпак Д.В.
Технический редактор: Шубнякова И.Ю.
Дизайн, верстка: Альков А.С.
Сдано в набор 29.10.2012

Подписано в печать 06.11.2012
Формат 60X88 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 10. Тираж 300 экз.
Гарнитура «Таймс»

ISBN 978-5-94651-020-2

© В.А. Ташлыков, Д.В. Ковпак, 2012
© Коллектив авторов, 2012