



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

18 ноября 2016 года
Санкт-Петербург

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

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

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

**18 ноября 2016 года
Санкт-Петербург**

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

**Под общей редакцией
акад. РАН Мазурова В.И.**

**Санкт-Петербург
2016**

УДК 616.89
П 86
ББК 65.14

Сборник научных статей

Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике,
Санкт-Петербург, ноябрь, 2016 г. – Вып. XVI. / Под общей редакцией
акад. РАН Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Альта Астра» – 2016. – 206 с.
(Программа «Психосоматическая медицина»)

Глубокоуважаемые коллеги!

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

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

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

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

ISBN 978-5-905498-55-8

© В.А. Ташлыков, Д.В. Ковпак, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© Оформление «Альта Астра», 2016

**КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ПРОГРАММЫ
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»**

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

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

Александров Артур Александрович – д.м.н., профессор кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Алексеев Борис Егорович – д.м.н., профессор кафедры психотерапии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Барановский Андрей Юрьевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

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

Винокур Владимир Александрович – д.м.н., профессор кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Лобзин Сергей Владимирович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

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

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

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

Назыров Равиль Каисович – д.м.н., Директор Института психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского, Эксперт Научного совета Минздрава России по научной платформе «Психиатрия и зависимости», Эксперт и член Совета «Национальной медицинской палаты»

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

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

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

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

Решетова Татьяна Владимировна – д.м.н., профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

Соловьева Светлана Леонидовна – д.п.н., профессор, заведующая кафедрой психологии и педагогики ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Симаненков Владимир Ильич – заслуженный работник высшей школы РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Точилев Владимир Антонович – д.м.н., профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

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

Федоров Александр Петрович – д.м.н., профессор кафедры психотерапии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Председатель организационного комитета:

Мазуров В.И. – Заведующий кафедрой терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда, Президент ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Главный терапевт Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, Академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, профессор

Заместитель председателя организационного комитета:

Ташлыков В.А. – д.м.н., профессор кафедры терапии и ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

Ответственный секретарь организационного комитета:

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

Члены организационного комитета:

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

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

Ковпак А.И. – медицинский психолог центра эмоциональной коррекции, Директор по развитию Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

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

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Абдуллаева В.К., Сайдалиходжаева Д.Г.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра психиатрии с медицинской психологией,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Исследования второй половины XX в. свидетельствуют, что в становлении и реализации материнско-детского взаимодействия центральным и определяющим является материнское отношение. Именно оно лежит в основе всего поведения матери, тем самым создавая уникальную для ребенка ситуацию развития, в которой формируются его индивидуально-типологические и личностные особенности [1, 3, 4]. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют, что материнское отношение не возникает одновременно и сразу после рождения ребенка, а проходит определенный путь становления и имеет тонкие механизмы регуляции, свои сензитивные периоды и запускающие стимулы [2]. В этом аспекте особую важность приобретают исследования, связанные с возможностями выявления уже в процессе беременности особенностей состояния и поведения будущей матери, по которым можно прогнозировать успешность материнства, и особенности отношения матери к ребенку после его рождения как определяющего фактора в развитии диадических отношений.

Цель исследования. Изучить психологические особенности материнского отношения к ребенку во время беременности.

Материал и методы исследования. Было обследовано 26 беременных женщин в возрасте от 18 до 40 лет. Средний возраст составил 28 ± 10 лет. В исследовании применялись следующие методики: структурированное интервью, в котором имелись вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем само-

чувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. В интервью включались вопросы, направленные на выявление особенностей протекания онтогенетических этапов формирования материнской сферы; проективный рисунок «Я и мой ребенок» для выявления особенностей переживания беременности и ситуации материнства, восприятия себя и ребенка, ценности ребенка.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования были проанализированы данные интервью, рисуночного теста по триместрам беременности в группах женщин, выделенных по параметру готовности к материнству. На основании полученных данных описаны характерные типы переживания беременности. Для I группы женщин с адекватным материнским отношением (48%) характерна адекватная ценность вынашиваемого ребенка и адекватный тип переживания беременности: постепенная конкретизация образа ребенка и восприятие его с положительными эмоциями; выраженность динамики психосоматического состояния, соответствующего физиологической беременности, по триместрам: физическое недомогание, усталость и снижение активности в первом триместре; хорошее самочувствие, бодрое состояние, ориентация интересов на ребенка во втором триместре; повышение активности, направленной на ребенка, в начале третьего триместра; общее расслабление и ожидание встречи с ребенком к концу беременности; достаточно четкие представления о послеродовом периоде и своей материнской роли; удовлетворенность собой и изменениями в своем состоянии; эмоциональная близость со своей матерью; положительное эмоциональное, дифференцированное переживание шевеления ребенка. Во II группе женщин с отклоняющимся от адекватного материнским отношением (52%) были выделены две подгруппы, одну образуют женщины с тревожным, амбивалентным типом материнского отношения (18%). Для женщин этой подгруппы характерен тревожный или амбивалентный тип переживания беременности. В первом триместре женщинам с подобным типом переживания беременности свойственны тревоги, страхи, беспокойство. Соматический компонент сильно выражен по типу болезненного состояния; эмоциональное состояние повышено тревожное или депрессивное. Во втором триместре не наблюдается стабилизации, в целом тревога усиливается, эпизодически повторяются депрессивные или тревожные состояния. В третьем триместре эта тенденция усиливается; активность в третьем триместре связана со страхами за исход беременности, родов. Эта подгруппа характеризовалась пониженной или повышенной ценностью вынашиваемого ребенка. Другую подгруппу составили женщины с игнорирующим типом материнского отношения (34%). Для них

характерен игнорирующий тип переживания беременности. В первом триместре имели место два варианта: слишком позднее распознавание беременности, сопровождающееся чувством досады или неприятного удивления; соматический компонент либо не выражен совсем, либо состояние даже лучше, чем до беременности; распознавание беременности сопровождается отрицательными эмоциями, вся симптоматика резко выражена и негативно физически и эмоционально окрашена. Во втором триместре первое шевеление отмечается очень поздно, нет дифференцированного отношения к характеру шевеления ребенка, последующие шевеления окрашены неприятными физиологическими ощущениями, сопровождаются неудобством. В третьем триместре, к концу беременности, возможны всплески депрессивных или аффективных состояний. Нередко к концу беременности появляются осложнения. Динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса, к концу беременности состояние характеризуется как доставляющее физическое неудобство. Активность в третьем триместре повышается и направлена на обстоятельства, не связанные с ребенком. Ценность вынашиваемого ребенка в этой подгруппе недостаточная. Анализ соотношения типа переживания беременности с параметром «ценность ребенка» установил определенные закономерности: адекватный тип переживания беременности соответствует готовности к материнству, отклоняющиеся от него – неготовности к материнству. Анализ результатов показал значительную диагностическую ценность рисуночного теста. Так, «благоприятная ситуация» по рисуночному тесту сочетается с положительными показателями переживания беременности, материнского отношения и ценности ребенка. Незначительные симптомы неуверенности, тревоги и конфликтности сочетаются с незначительными отклонениями в стиле переживания беременности с тенденцией к их улучшению, достаточно стабильной или повышающейся в период беременности ценностью ребенка, благоприятной динамикой интерференции ценностей, с незначительными отклонениями материнского отношения (в основном по типу тревожности). Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством по данным рисуночного теста во всех случаях сочетаются с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией, с отрицательным отношением к изменениям в собственном организме и недовольством отношением окружающих, с отклонением от адекватного восприятия ценности ребенка и неблагоприятной тенденцией интерференции ценностей, с отклонением от адекватного типа материнского отношения. Отношение к изменениям в своем состоянии претензии к

другим людям, в том числе к отцу ребенка, близким родственникам, медицинскому персоналу, отражают неудовлетворенность ситуацией материнства (и беременностью) и могут служить одним из диагностических показателей. В процессе исследования выявлены типы переживания беременности, наиболее подверженные динамике в течение беременности и ведущие к самым разнообразным отклонениям в стиле материнского отношения (группа с тревожным и амбивалентным типами переживания беременности). Группу риска составляют женщины с игнорирующим типом переживания беременности, который не изменялся на протяжении всех трех триместров.

Выводы. Таким образом, полученные данные подтверждают связь формирования готовности к материнству с типом переживания беременности. Они позволяют предположить, что уже в период беременности возможно прогнозирование особенностей материнского отношения после родов, ценности ребенка и динамики интерференции ценностей – как в сторону внедряющихся, конфронтирующих с ценностью ребенка и материнства, так и наоборот. Это позволяет проектировать индивидуально-ориентированное психологическое вмешательство. Кроме того, во время беременности возможен прогноз недостаточной материнской компетентности и недостаточного развития таких компонентов материнской сферы, как стиль эмоционального сопровождения, субъективизация ребенка, использование своего состояния и ориентация на состояние ребенка как средств контроля развития ребенка, гибкость приспособления к режиму, что позволит проводить направленную коррекцию и психотерапию. В период беременности возможен также прогноз возникновения послеродовых депрессий или психозов на основе прогнозируемого резкого снижения ценности ребенка или тенденции к исключительной ценности ребенка в сочетании с общей динамикой стиля переживания беременности и склонности к депрессивным или психотическим состояниям.

Список литературы

1. Брутман В. И., Варга А. Я., Хамитова И. Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 2. – С. 79–87.
2. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. – С. 18–27.
3. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учеб. пособие / Г. Г. Филиппова. – М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2002. – 240 с.
4. Dunkel-Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biosychosocial models, and emerging research issues // Annu Rev Psychol. 2011. V 62. – P. 531–558.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Абдуллаева В.К., Садыкова А.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра психиатрии с медицинской психологией,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Тревожно-фобические расстройства широко распространены среди различных групп и популяций людей во всем мире. Цифры встречаемости этих расстройств среди населения колеблются от 0,6 до 2,7% [2]. Соотношение мужчин и женщин, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, составляет примерно 1:4. Тревожно-фобические расстройства имеют под собой серьезную генетическую основу: страдающие агорафобией имеют до 20% родственников с подобным расстройством, а для генерализованных тревожных расстройств характерна конкордантность 50% у однояйцевых и 15% у разнойяцевых близнецов [1].

Для тревожно-фобических расстройств невротического уровня характерны функциональные нарушения, требующие проведения дифференциальной диагностики с использованием мультидисциплинарного подхода, включающего данные различных медицинских специальностей (терапия, кардиология, гастроэнтерология, неврология и др.) и параклинических дисциплин (психология, физиология, гигиена и т.д.) [4]. Это касается, прежде всего, заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, хронических неспецифических болезней органов дыхания, эндокринных расстройств, при которых сложные взаимодействия неблагоприятных психических и соматических факторов способствуют формированию невротических расстройств, вызывающих нарушения механизмов социально-психологической адаптации. Тревожно-фобические реакции дезадаптации часто проявляются на фоне хронических соматических заболеваний. При этом заболевание представляет собой коморбидное расстройство, когда на фоне соматической патологии возникает невротическая симптоматика. Ухудшение психического состояния больного, усугубляющее его соматическое состояние, заметно снижает толерантность к стрессу. При этом отмечается так называемая «послестрессовая психосоматическая беззащитность», вызывающая повышение чувствительности к любым раздражителям внешней среды после перенесенного стресса [3].

Цель исследования. Исследовать типологическую структуру тревожно-фобических расстройств невротического уровня.

Материал и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 38 пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в пограничном отделении Городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Из них 26 женщин (68,4%) и 12 мужчин (31,6%) в возрасте от 18 до 45 лет. Отбор больных проводился согласно критериям МКБ-10 F40 Фобические тревожные расстройства. Применялись клинико-психопатологические, экспериментально-психологические и клинко-статистические методы. В группу исследуемых больных не включались пациенты с психотическими расстройствами, при которых также может наблюдаться тревожно-фобическая симптоматика (шизофрения, аффективные, органические психические расстройства). На каждого больного заполнялась индивидуальная карта обследования, включавшая паспортные, социальные, клинические и клинко-психологические показатели.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований выявлено следующее. Содержание фобических нарушений, выявленных в настоящем исследовании, включает, с одной стороны, сюжеты: темноты, высоты, глубины, мистическими сюжетами. С другой стороны, фабула фобий заимствует информацию, доступную больному о катастрофах (техногенных авариях, природных катаклизмах). В контексте клинической квалификации рассматриваемых расстройств речь идет о двух психопатологически гетерогенных категориях – монофобиях как изолированном симптомокомплексе (или даже феномене), и синдромально очерченных, клинически более полиморфных тревожно-фобических, обсессивно-фобических и других состояниях. Доля монофобий составляет 59,7% от общего числа фобических нарушений. Среди монофобий преобладает никтофобия (34,1%), тогда как на все остальные, весьма разнообразные страхи (инсекто-/зоофобии – 8,2%, акро- 6,9%, монстро – 5,6%, батео – 2,9%, лигино – и другие фобии по 0,9%) приходится в общей сложности 25,6%. В пределах второй из выделенных выше категорий – психопатологически завершенных синдромальных образований (38,9%); максимальная доля – 20,7% – приходится на социофобические состояния. В структуре этого синдрома фобии представлены страхами социального взаимодействия, причем из них около половины непосредственно связаны с ситуацией общения (эрептофобия, боязнь собственной некомпетентности, публичных выступлений и др.). На второй позиции после социофобий (суммарно – 8%) – аффективно заряженные, ассоциированные с тревогой фабулы, связанные с представлениями о смерти, одиночестве, разлуке, потере. Агорафобические сюжеты занимают у изученных больных третье по частоте место – 7,3%; доля мизо-/нозофобий составляет 1,8% от общего числа обсуждаемых фобических фабул.

Проведенное исследование позволило выявить различия не только в сюжетном оформлении страхов, но и в их распределении в зависимости от пола пациентов. При этом у мужчин достоверно чаще, чем у женщин обнаруживались изолированные страхи (одиночества), а также простые пространственные (высоты, глубины) и зоофобии. Указанные гендерные различия распространялись также на ипохондрические фобии (всего 7 наблюдений – из них 5 мужчин). В то же время только у женщин отмечался страх избыточного веса – вейт-фобия. Выделены информативные признаки, определяющие структуру фобических образований и обеспечивающих их надежную психопатологическую дифференциацию. Проведен анализ клинической динамики изученных фобических нарушений для выявления прогностически значимых параметров. В ходе исследования была выявлена патогенетическая неоднородность фобических образований. В обследованной выборке конституционально обусловленные изолированные фобии с простой конкретной фабулой, ассоциированной с природной средой и животными, выявлены у 21% больных. В отличие от других вариантов фобических образований, в этой части случаев в семьях отмечались идентичные фобические феномены («сквозные семейные симптомы»). Больные воспринимали свои опасения как реальные, естественные, мало задумывались о них вне столкновения с пугающими объектами, легко соглашались с недостаточной обоснованностью страхов (низкой вероятностью выпадать с балкона, встретиться со змеей в условиях мегаполиса). Такие изолированные фобии возникали на ранних этапах развития, не сопровождалась другими психическими расстройствами, не были связаны с эмоциональным и/или соматическим состоянием, личностными свойствами, возрастными кризисами. Несмотря на сравнительно невысокую аффективную заряженность страха в момент столкновения с потенциально опасной ситуацией, они не предпринимали активных попыток борьбы с ней. Отсутствие связанных с такими фобиями активных жалоб отражало их низкую значимость для повседневного функционирования подростков. Батео-, акро-, бронто- арахно-, офеофобии сопровождалась психологически понятным избегающим поведением, непосредственно связанным с их сюжетами. Выбранный пациентом паттерн избегания был проявлением «прямой защиты». Даже заметное ухудшение/улучшение (вплоть до полной редукции) основной симптоматики, определявшей состояние больных, не сопровождалась существенными колебаниями интенсивности страхов. При развитии реактивных фобий большинство из них относились к «фобиям внешнего стимула/импульса». При этом вектор страха направлен в будущее, видевшееся сквозь призму актуальных фобических опасений. Избегающее поведение сопряжено с тематикой стрессора, сохранялась

тенденция к пассивному уклонению от объектов и явлений, связанных с фобической фабулой. В ряде случаев выявлялось стремление пациентов не сталкиваться не только непосредственно с источником опасений, но и уклоняться даже от мыслей о нем. Значимость и практически неизбежное столкновение с объективно неблагоприятными реальными последствиями ухода от тягостных социальных ситуаций (прогулов, отказа от ответов на уроках, сдачи экзаменов) вытеснялись переживаниями страха собственной возможной несостоятельности, неуспешности. По мере удаления по времени от момента психогенного воздействия утрачивают свою актуальность такие расстройства, как канефобия, агорафобические феномены со страхом пользования лифтом. Мизофобические страхи объединяли боязнь загрязнения, заражения «микробами вообще». В качестве опасных, патогенных агентов больные рассматривали чаще всего бактериальную флору, иногда частицы земли, пыль. Источники угрозы выделялись им в любых «нестерильных», «грязных» поверхностях (дверные ручки, краны, клавиши унитазов, поручни метрополитена, наружная сторона повседневной одежды). Даже мимолетное пребывание вблизи визуально неопрятного, неаккуратного человека на улице провоцировало новый цикл мизофобических опасений и символических, но сюжетно связанных с фобической тематикой ритуалов избегания (многократное мытье рук, головы, стирка и чистка одежды). При невозможности довести до полного завершения нелепый по сложности выполнения, требующий большого количества времени и сил ритуал, больные ощущали неодолимую потребность повторять его до тех пор, пока он «не будет выполнен правильно, так, как это необходимо». Только после этого больные ощущали некоторое подобие душевного комфорта, точнее сказать отсутствие дискомфорта.

Нозофобии у таких больных отличались чуть большей конкретностью в восприятии потенциально пугающей ситуации, однако также характеризовались особой логикой выбора определенного заболевания. Часто речь шла о практически невероятных, исходя из способа заражения, возраста, образа жизни, для данного пациента страданиях (кипридофобиях при отсутствии эпизодов интимной жизни, спидофобии – переливания крови, лечения зубов). Предпочтительным симптомокомплексом, сосуществовавшим с фобическими нарушениями, оказался астенический (88,9% больных). Личностные аномалии сочетались с фобиями примерно у 50% больных, причем лишь у пятой части из них можно было констатировать расстройства личности, преобладающим же оказался более легкий уровень девиаций. Примерно 12% больных обнаруживали фобии в сочетании с аффективными расстройствами депрессивного полюса: относительно легким уровнем депрессивного

аффекта, неравномерной представленностью различных компонентов депрессии с крайне незначительными выраженностью идеаторной и моторной заторможенности. Преимущественно речь шла о гипотимии с чувством снижения настроения, унынием, вялостью, равнодушием к окружающим, ангедонией при минимальной представленности витальных расстройств. Астено-депрессивные нарушения с превалированием симптомов истощения преобладали над собственно аффективными. Панические атаки у пациентов с фобиями выявлялись в 28,6% случаев. Для них была характерна вторичная агорафобия, возникающая после панических атак.

Выводы. Таким образом, изолированные фобии (глубины, высоты, а также страх темноты как скрытой потенциальной угрозы) наследственно детерминированы, воспринимаются больным как часть его сущности и не приводят к дезадаптации. К ним примыкают фобии природных катаклизмов, техногенных аварий и других катастрофических событий, не затрагивающих непосредственно пациента. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как нечто абстрактное. Фобии этого круга не соотносятся с какими-либо душевными болезнями, наследственной предрасположенностью. Они изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением. При фобиях, развивающихся по реактивно-невротическому механизму, стрессорная ситуация, как правило, касается непосредственно пациента. Значимую роль в их формировании играет личностная (врожденная или приобретенная) структура, а именно – выраженность сенситивного радикала, повышенная впечатлительность, неуверенность в себе, склонность к тревожным ожиданиям.

Список литературы

1. Быстрицкий А. С. Дифференциальная диагностика и лечение панических расстройств / А. С. Быстрицкий, Н. Г. Незнанов, Э. Э. Звартау // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2006. – № 3.- С. 4-7.
2. Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия / В. Д. Вид, Ю. В. Попов. СПб.: Речь, 2006.- 402 с.
3. Евсегнеев Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике / Р. А. Евсегнеев.- М., 2010.- 589 с.
4. House A. Anxiety in medical patients ABC of psychological medicine (Clinical review) / A. House, D. Stark // British Medical J. 2002. – V. 325.- P. 207-209.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Абдурахманова С.У.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской
психологии и психотерапии, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность: по оценкам зарубежных исследователей [Rosenberg O., 2013] риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10% популяции. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения – детей и подростков, у которых уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением. Создатели кибер-игр в погоне за баснословными прибылями не учитывают всей опасности сложившейся ситуации, разрабатывая всё более усложненные и рискованные варианты компьютерных программ, приводящих к массовой дезадаптации кибергеймеров в параметрах ориентированных в условиях местности компьютерных игр.

Цель исследования: определить социально-психологические факторы риска формирования интернет-аддикции у подростков для оптимизации психопрофилактики и психокоррекции данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования явились 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 12 до 19 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования интернет-аддикции. В процессе экспериментального психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждения: основную массу опрошенных 90% составили мальчики. 60% увлеклись компьютерными играми в возрасте 12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Путем опроса среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% – в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установ-

лении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анализ полученных данных установил лиц, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 6 подростков (9%), застревающий тип личности – у 20 подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 4 подростков (5%).

Выводы: проведённое исследование установило, что на формирование интернет-аддикции из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, из психологических факторов выявило склонность к интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психопрофилактические мероприятия с родителями подростков, психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и развития зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ с целью формирования гармонично развитой личности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ, СКЛОННЫХ К СОЗАВИСИМЫМ МОДЕЛЯМ ПОВЕДЕНИЯ

Аверьянова О.Ю., Шавшаева Л.В.

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

В настоящее время всё больше людей обращаются за помощью к психологам и психотерапевтам с вопросом, являются ли они созависимыми и что им делать, если это так. Почти в каждом реабилитационном наркологическом центре существуют специальные группы для созависимых. Стоит отметить тот факт, что группы по преодолению созависимости посещают преимущественно женщины. Так же, именно для женщин опубликовано достаточное количество практических пособий по преодолению созависимости, но при этом большинство книг носит скорее описательный характер, нежели эмпирический. Дефицит психологических исследований проблемы созависимости делает актуальным более подробное изучение с практико-ориентированных позиций. Знание о характерных чертах, причинах формирования, формах и течении созависимых отношений поможет глубже взглянуть на феномен созависимости и определить, какие меры будут эффективны для оказания помощи этим людям.

В широком понимании термин «созависимость» применим в отношении супругов, партнеров, детей и взрослых детей алкоголиков или наркоманов, самих алкоголиков или наркоманов, которые почти наверняка росли и развивались в дисфункциональной семье [8].

По мнению М. Битти, созависимость – это «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергался воздействию угнетающих правил, которые препятствовали открытому выражению чувств, а также открытому обсуждению личностных и межличностных проблем» [2].

Л.К. Шайдукова предлагает похожее определение: «Созависимость – вовлеченность в болезненную проблематику (алкоголизм, наркомания, гемблинг) интактного партнера (жены, родителей, детей больного), сверхценное отношение к проблеме, которая длительно не разрешается» [7, С.91].

Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева определяют созависимость как аддикцию отношений. По их мнению, «созависимые люди» используют отношения с другим человеком так же, как химические или нехимические аддикты используют аддиктивный агент [5].

Сходство созависимости и зависимости подчеркивает и И.Г. Малкина-Пых отмечая, что оба этих состояния:

- представляют собой первичное заболевание, а не симптом иного заболевания;
- приводят к постепенной физической, психической, эмоциональной и духовной деградации;
- при невмешательстве могут привести к преждевременной смерти;
- при выздоровлении требуют системного сдвига, как в физическом, так и в психологическом плане [6].

Можно заметить, что созависимость здесь представлена как расстройство личности и сравнивается оно с расстройством зависимой личности.

Специалист по созависимостям Ирина Дьячкова отмечает «Созависимый – это тот, кто потерял себя в этом заведомо проигранном им сражении, тот, кто не может отграничить помощь больному от пособничества ему, берет на себя чужую ответственность. Он погружен в мысли о том, что делает другой, а о себе забывает. Он испытывает страх, отчаяние, беспомощность, потому что результат его усилий – нулевой» [3, С.14].

Исследователями выделяются такие существенные параметры феномена созависимости:

- 1) при созависимости нарушается возможность открытого выражения чувств и обсуждения личностных и межличностных проблем;
- 2) на поведенческом уровне созависимость проявляется в виде стереотипных форм реагирования. При этом происходит выхолащивание и обеднение эмоциональной сферы личности;
- 3) созависимость – это реактивный процесс, смысл и цель которого заключается в снятии внутрличностного конфликта способом саморазрушающего поведения [1].

По мнению Шайдуковой Л.К. [7, С.92] можно выделить следующие преклинические (психологические) изменения поведения «созависимых»: сужение кругозора, застревание на болезненных проблемах; фиксация на неудачах, декларация негативных проявлений; формирование стилей поведения «жертвы», либо «опекуна» закрепление готовности к провалам «спасательных» программ, формирование «запрограммированности на неудачу»; мистическое мышление (наивная вера в «чудесное» исцеление, поиск целителей, лекарств, парамедицинских методов лечения и т.д.); подсознательное провоцирующее поведение: сверхконтроль за поддерживающимся, ожидание рецидива заболевания, индуцирование пессимистическим отношением к перспективе, длительного воздержания.

Также автором отмечаются клинические (психопатологические) изменения поведения «созависимых»:

1. Неврастеноподобный тип изменения личности – у созависимых лиц появляются нарушения, похожие на невротические: раздражительность, быстрая смена настроения, эмоциональная лабильность, склонность к гипотимиям (пониженное настроение, подавленность), чувство неуверенности, пониженная самооценка, пессимистическое отношение к жизни.

2. Психопатоподобный тип изменения личности – напоминает психопатию, нарушения в поведении у лиц, длительное время проживающих с аддиктами. Они проявляются в виде возбудимости, гневливости, импульсивности, снижения контроля своих эмоций, гетероагрессивных тенденций, сопровождающихся склонностью к разрушениям и особо опасным действиям [7].

Таким образом, феномен созависимость – сложное психологическое понятие, которое одновременно включает внутриспсихическую и межличностную динамику. Созависимая личность – человек полностью посвящающий себя какому-то важному для него человеку, или, как его ещё называют, значимому Другому. При этом созависимый может даже и не осознавать, что он потерял контроль над своей жизнью, и при этом пытаться контролировать чужую.

Несмотря на то, что в настоящее время нет четкого понимания того состояния, которое является объектом терапии, появляется всё больше программ для преодоления созависимости. Зачастую эти программы напоминают те, что используют для лечения химической зависимости, например, группа поддержки Анонимные Созависимые, которая основана на 12-шаговой философии Анонимных Алкоголиков. Групповая психотерапия также используется для преодоления созависимости, но в отличие от групп самопомощи, необходимо присутствие профессионального психолога или психотерапевта.

Группы самопомощи и групповая терапия не являются единственными возможностями для преодоления созависимости. Также может быть полезной и индивидуальная психотерапия. Консультирование созависимых клиентов – это совершенно особый вид работы психолога. Суть последней заключается в том, что консультант имеет дело с клиентом, который считает, что его проблемы явились следствием разрушительного поведения другого человека, и поэтому достижение собственного комфорта видит в изменении партнера, кого-то из детей или даже родителей, а не себя. Чаще всего клиент и не подозревает, что является созависимым и сам нуждается в психотерапии. Соответственно, он редко бывает готов взять на себя ответственность за свою часть проблемы и прилагать активные усилия для ее разрешения [4].

Список литературы

1. Березин, С.В. Психология наркотической зависимости и созависимости / С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров.- М.: МПА, 2001. – 212 с.
2. Битти, М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости/ М. Битти.- М.: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
3. Дьячкова, И. Созависимость: жизнь на гребне стресса, или скрипка с порванными струнами/ И. Дьячкова. – // Вера и жизнь. – №3 – 2000.- С.14-16.
4. Емельянова, Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования/ Е.В. Емельянова. – СПб.: Речь, 2004. – 368 с.
5. Короленко, Ц.П. Психоанализ и психиатрия/ Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск.: НГПУ, 2003. – 402 с.
6. Малкина-Пых, И.Г. Психология поведения жертвы / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2006. – 1008 с.
7. Шайдукова, Л.К. Классическая наркология/ Л.К. Шайдукова. – Казань, Институт истории им. Ш. Марджани АНРТ, 2008. – 120 с.
8. Эйдемиллер, Э.Г. Психология и психотерапия/ Э.Г. Эйдемиллер.– СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

ТЕХНИКА ДИАЛОГА В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Александров А.А.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург*

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) – краткосрочная модель индивидуальной психотерапии, основанная на психологии отношений В.Н. Мясищева. Создатели патогенетической психотерапии, основным техническим средством которой была беседа, постоянно подчеркивали, что осознание пациентом сущности невротического расстройства не должно ограничиваться интеллектуальным процессом, в него должны быть включены эмоционально насыщенные переживания. Тем не менее в соотношении когнитивного и аффективного в психотерапевтическом воздействии преобладал когнитивный компонент (поэтому патогенетическую психотерапию и следует рассматривать как рациональную), а потенциал беседы для достижения эмоционального осознания подчас оказывался ограниченным. АКТА устраняет этот дисбаланс, применяя методику, основанную на катарсисе. Диалог терапевта с пациентом (беседа) сочетается с техникой «диалога пациента с воображаемым другим» – эмоционально значимой фигурой, включенной в сферу переживаний пациента. «Беседа» и «диалог» – два

блока, связанные единой нитью. Рассказы пациента об отношениях с теми или иными значимыми фигурами из прошлого или настоящего в ходе сеанса преобразуются в диалоги с воображаемыми собеседниками. Такая техника позволяет пересмотреть традиционную схему «изучения анамнеза жизни» пациента – перейти от «опроса» и «сбора информации» к работе с переживаниями пациента «здесь и сейчас», в ходе которой раскрываются наиболее значимые события, факты, конфликты и прочие содержания, актуализированные в данной ситуации и заявившие о себе в виде незавершенных действий. Одна такая беседа с каким-либо «возмутителем душевного спокойствия» может дать несравненно большую значимую информацию, чем подробные сведения о больном, полученные в процессе многочасовых бесед с целью «тщательного изучения».

Основной мишенью АКТА, также как и патогенетической психотерапии, является внутриличностная проблематика и лежащая в ее основе неадекватная система отношений. К осознанию внутреннего конфликта АКТА идет через разыгрывание внешних конфликтов с эмоционально значимыми фигурами из прошлой и настоящей жизни пациента. Техника «диалога со значимым другим» является ключевой в АКТА, поскольку, при соблюдении ряда условий, непосредственно приводит к осознанию внутреннего конфликта и достижению катарсиса. Конфликт можно разыгрывать и в сугубо интрапсихической сфере, например, с помощью техники «диалога с субличностями»: в гештальт-терапии эта техника широко используется при разыгрывании так называемых «полярностей». Такие техники могут использоваться в психологическом консультировании условно здоровых людей, обремененных «проблемами жизни», но малопригодны в лечении больных неврозами с целью осознания патогенных невротических конфликтов, возникающих на основе нарушенной системы отношений и обостряющихся в субъективно трудно разрешимой для пациента жизненной ситуации. При этом в переживаниях пациента присутствуют в явной или имплицитной форме («зримо или незримо») эмоционально значимые фигуры, «встреча» с которыми посредством имажинативной техники «диалога», обостряет внутренний конфликт и тем самым делает его более прозрачным и доступным для психотерапевтических воздействий.

Значение беседы. Первые беседы терапевта с пациентом направлены на озакомление с его жизненной ситуацией, с оценкой личности в целом. Большое значение придается разговору о ценностях пациента, о его жизненных установках, потребностях, целях жизни, его достижениях и неудачах, планах на будущее. В процессе этих бесед терапевт стремится к определению зоны конфликтных отношений

и идентификации эмоционально-значимых фигур, которые оказывали или продолжают оказывать влияние на жизнь пациента и с которыми связаны его переживания. Это, прежде всего, родители и другие близкие фигуры из детства и отрочества, под влиянием которых формировалась неадекватная система отношений, а также лица, вовлеченные в актуальный конфликт пациента.

Когда значимый материал идентифицирован, структура психотерапевтических сессий меняется: каждая встреча пациента с терапевтом содержит теперь «диалог-встречу» с воображаемым другим. Каждому такому диалогу предшествует беседа, содержанием которой является анализ отношений пациента с конкретным эмоционально значимым лицом. Такие предваряющие диалоги беседы, хотя и эмоционально насыщены, однако же в большей степени акцентируют когнитивные аспекты переживания. Терапевт использует сопереживание, вербализацию, однако, в отличие от рожерианской позиции, более активен: сталкивает пациента с противоречивыми фактами, высказываниями и чувствами, задает провокационные вопросы. Цель – расшатать убеждения пациента, посеять сомнения, побудить пациента к критической оценке ситуации и своей роли в ней. Терапевт не торопит катарсис: плод должен созреть. В ходе рассказа пациента об отношении со значимым другим терапевт «нащупывает» слабые места в позиции пациента, отслеживает проявления его сопротивления (на вербальном и невербальном уровнях) и в нужный момент предлагает перейти от рассказа к действию – проигрыванию диалога.

Значение диалога. Диалог – кульминация терапевтического сеанса. Цель – достижение катарсиса. Для осознания неосознанных чувств, мотивов, переживаний и разрешения внутренних противоречий необходимо активное участие в этом диалоге терапевта, который играет роль дублера («второго Я» пациента). Дублирование – одна из основных техник психодрамы. Дублер говорит то, что сам пациент (протогонист) в данной ситуации высказать не может или не осмеливается. Он стремится быть «внутренним голосом», вскрывать тайные мысли, чувства и желания. Необходимо отстраниться от своих собственных потребностей, чувств и представлений и непредубежденно вчувствоваться в пациента и его ситуацию. Роль дублера довольно сложна. Он должен понимать все то, что не договаривает пациент. При этом необходимо быть «вовлеченным участником», а не «профессиональным наблюдателем».

В отличие от психодрамы, где роль дублеров играют участники группы (вспомогательные лица), а терапевту отводится роль сугубо режиссера, в АКТА дублером является сам терапевт. Другое

важное отличие: в АКТА терапевт дублирует и пациента (протагониста) и его визави – воображаемого собеседника (вспомогательное Я). Двойное дублирование – это озвучивание (вербализация) и конфронтация противоречивых чувств и желаний, которые лежат в основе неосознанного внутреннего конфликта. Использование в диалоговстрече двойного дублирования – содружественного воздействия вербализации и конфронтации – значительно усиливает катартический эффект диалога.

Важным условием успешности диалога является отождествление терапевта с пациентом, что, в свою очередь, обеспечивает самоотождествление пациента. Терапевт отождествляется с обеими сторонами конфликта, выступая в роли посредника; ему это раздвоение удается, благодаря взгляду «со стороны», он не вовлечен в конфликт на какой-либо стороне, он бесстрастен, он сочувствует пациенту, отождествляется с его проблемой, видя ее противоречивость и прилагает усилия к тому, чтобы помочь увидеть эти противоречия своему пациенту. Терапевт, прибегая к технике дублирования, «присоединяется» последовательно к каждой из сторон внутреннего конфликта, усиливая «голос» той, которая недостаточно осознается пациентом. Такая техника способствует в максимальной степени эмоциональному сближению терапевта и пациента, деятельному (в отличие от созерцательного) со-переживанию. Терапевт в буквальном смысле проникает во внутренний мир пациента, он обостряет противоречия и доводит конфликт до степени «взрыва» (катарсиса). На этом пути пациент и терапевт вместе преодолевают сопротивление и психологические защиты пациента, не зная наверняка, какое открытие ждет их впереди: содержание конфликта неизвестно обоим, оно раскрывается в этом диалоге. «Вместе с пациентом» отличается от тезиса патогенетической психотерапии, согласно которому терапевту вначале надо самому понять суть проблемы, а потом с помощью «осторожной интерпретации» донести знание до пациента. Катарсис нельзя запланировать, это – продукт совместного творчества, прежде всего, творчества терапевта. В АКТА катарсис переживается одновременно и терапевтом и пациентом.

Диалог «встреча» в аналитико-катартической терапии, благодаря использованию инновационной техники двойного дублирования, способствует проникновению терапевта во внутренний мир пациента: терапевт в буквальном смысле слова управляет внутренним диалогом пациента, обостряет и проясняет конфликт, что приводит к катарсису и последующей реорганизации личности.

РЕФЛЕКСИВНОСТЬ КАК ФАКТОР СОМАТИЗАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Алексеев С.А.

*ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»,
факультет психологии и педагогики, г. Челябинск*

Актуальность исследования. В последние годы проблема психосоматического здоровья студентов приобрела особую актуальность. Студенческая молодежь представляет собой значимую социальную группу нашего общества, состояние здоровья которой не только отражает уровень социально-экономического и общественного развития страны, но и является индикатором будущего трудового, экономического, культурного потенциал общества.

Под «соматизацией» понимают функциональные расстройства той или иной системы без достаточного органического основания, но при важной роли психологических и социальных факторов [5; 6]. По сути, соматизация – это «отелеснивание» негативных эмоций, приводящее к возникновению дискомфортных телесных ощущений, а при их длительном существовании – разнообразных нарушений со стороны внутренних органов [4]. Одним из психологических факторов соматизации является нарушение рефлексивных процессов.

Под рефлексией в современной психологии понимается внутренняя деятельность человека, ориентированная на самопознание, осмысление своих действий и состояний [2]. Д.А. Леонтьев различает следующие виды рефлексии в зависимости от фокуса направленности сознания: на внешний интенциональный объект (арефлексия), на самого субъекта (интроспекция), на себя и на объект одновременно (системная рефлексия) и на посторонние объекты за пределами актуальной ситуации (квазирефлексия) [2].

А.В. Карпов рассматривает рефлекссию как процесс, значимый для саморегуляции [1]. Результаты многих исследований показали, что нарушения рефлексии могут приводить к различным психологическим нарушениям и соматизации [2, 3, 6]. Данные литературы свидетельствуют о том, что причиной соматизации может быть как дефицит рефлексии, так и ее избыточность в виде назойливых рефлексивных размышлений. Однако в исследованиях основных механизмов психосоматического функционирования индивида проблема изучения рефлексивной составляющей регуляторных процессов занимает далеко не первое место. Между тем, именно знание механизмов включенности различных видов рефлексии в психосоматическую регуляцию необходимо для оптимизации состояний субъекта.

Несмотря на очевидную актуальность исследования рефлексивности и соматизации, особенности их взаимосвязи у студентов до сих пор остаются малоизученными.

Цель исследования – изучить взаимосвязь рефлексивности и соматизации у студентов.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 студентов III и IV курсов очного отделения Челябинского государственного университета в возрасте 20-22 лет.

В исследовании использовались следующие опросники: «Методика определения индивидуальной меры рефлексивности» А.В. Карпова и В.В. Пономаревой, «Дифференциальный тест рефлексии» Д.А. Леонтьева, Е.М. Лаптевой, Е.Н. Осина и А.Ж. Салиховой, «Гиссенский опросник соматических жалоб», «Психовегетативный опросник» М.Е. Сандомирского и «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» SCL-90-R. Для математико-статистического анализа данных применялся критерий Спирмена.

Результаты исследования. Результаты исследования рефлексивности по методике А.В. Карпова и В.В. Пономаревой представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние значения показателей рефлексивности в группе студентов

Исследуемые параметры	Среднее значение
Общий показатель рефлексивности (баллы)	119,57±17,05
Общий показатель рефлексивности (стэны)	4,20±2,02
Ретроспективная рефлексия деятельности	33,93±5,82
Рефлексия настоящей деятельности	33,86±5,87
Рассмотрение будущей деятельности	36,04±5,80
Рефлексия общения и взаимодействия с другими	35,96±6,02

Согласно данным, представленным в таблице 1, в исследуемой группе средние значения общего показателя рефлексивности и показателей всех видов рефлексии соответствуют нижней границе среднего уровня. Это означает, что испытуемым не свойственно планировать свою деятельность в мельчайших деталях, выяснять причины и следствия своих действий как в прошлом, так в настоящем и будущем, и прогнозировать возможные последствия своего поведения. Лишь время от времени они задумываются над собственной деятельностью и над поступками других людей. Им сложно поставить себя на место другого, поэтому они испытывают трудности в предсказании поведения других людей.

Результаты исследования рефлексии по методике «Дифференциальный тест рефлексии» Д. А. Леонтьева и соавторов представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Средние значения показателей рефлексии в группе студентов

Исследуемые параметры	Средние значения
Системная рефлексия	35,20±5,70
Интрореплексия	22,40±4,80
Квазирефлексия	23,43±4,92

Согласно данным в таблице 2, средние значения показателей системной рефлексии в исследуемой группе соответствуют нижней границе среднего уровня. Это означает, что у испытуемых недостаточно развита способность посмотреть на себя со стороны. Средние значения показателей интрореплексии соответствуют среднему уровню. Это означает, что склонность к сосредоточению на собственном состоянии и собственных переживаниях выражена у испытуемых умеренно. Средние значения показателей квазирефлексии соответствуют нижней границе среднего уровня. Это означает, что обследованным студентам в целом не свойственно уходить в резонанс и беспочвенные фантазии.

Результаты исследования соматизации с помощью «Гиссенского опросника соматических жалоб» представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Средние значения показателей «Гиссенского опросника»

Исследуемые параметры	Средние значения
Истощение	6,43±4,51
Желудочные жалобы	2,93±3,69
Ревматический фактор	6,17±4,59
Сердечные жалобы	2,47±2,89
Давление жалоб	18,00±12,64
Физическая природа жалоб	1,90±1,12
Психологическая природа жалоб	1,53±1,07

Согласно данным в таблице 3, в исследуемой группе средние значения показателей всех исследуемых параметров соматизации в целом соответствуют среднестатистическим нормативам для здоровых лиц данного возраста. По мнению испытуемых, их недомогания отчасти обусловлены физическими причинами, отчасти – психологическими факторами.

Результаты исследования соматизации с помощью «Психовегетативного опросника» М.Е. Сандомирского и опросника SCL-90-R представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Средние значения показателей «Психовегетативного опросника»

Исследуемый параметр	Среднее значение
Степень преобладания симпатического / парасимпатического отдела вегетативной нервной системы («Психовегетативный опросник»)	10,68±9,94
Соматизация (опросник SCL-90-R)	0,58±0,50
Индекс тяжести симптоматического дистресса (опросник SCL-90-R)	0,49±0,36

Согласно данным, представленным в таблице 4, в исследуемой группе средние значения показателей «Психовегетативного опросника» свидетельствуют об относительном равновесии симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Средние значения показателей соматизации и индекса тяжести дистресса соответствуют среднестатистической норме для студенческой популяции.

С помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена мы исследовали взаимосвязь между показателями рефлексивности и соматизации. В результате корреляционного анализа установлено, что в исследуемой группе студентов показатели шкалы «Системная рефлексия» образуют значимые прямые корреляции с показателями:

- шкалы «Физическая природа жалоб» ($r=0,380$; $p\leq 0,05$);
- шкалы «Психологическая природа жалоб» ($r=0,404$; $p\leq 0,05$).

Таким образом, индивиды с высоким уровнем системной рефлексии более склонны приписывать происхождение соматических симптомов как объективным, так и субъективным факторам, тогда как испытуемым с низким уровнем системной рефлексии свойственная низкая степень осознания причин имеющихся у них соматических нарушений.

Согласно результатам корреляционного анализа, показатели шкалы «Интроекция» образуют значимые прямые связи с показателями:

- шкалы «Истощение» ($r=0,368$; $p\leq 0,05$);
- шкалы «Желудочные жалобы» ($r=0,552$; $p\leq 0,01$);
- шкалы «Давление жалоб» ($r=0,390$; $p\leq 0,05$);
- шкалы «Степень преобладания симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы» ($r=0,366$; $p\leq 0,05$);
- шкалы «Соматизация» ($r=0,420$; $p\leq 0,05$);
- «Индекс симптоматического дистресса» ($r=0,468$; $p\leq 0,05$).

Итак, у лиц с высоким уровнем интроекции (самокопания) более выражены проявления физического истощения и нарушений функций желудочно-кишечного тракта, общая интенсивность соматических проявлений и нарушение равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, свойственны более высокие показатели соматизации и индекса тяжести симптоматического дистресса.

Согласно результатам корреляционного анализа, показатели шкалы «Рефлексия общения и взаимодействия с другими людьми» «Методики определения индивидуальной меры рефлексивности» образуют значимые прямые связи с показателями шкалы «Психологическая природа жалоб» «Гиссенского опросника» ($r=0,365$; $p\leq 0,05$).

Таким образом, те из испытуемых, кто склонен задумываться над поступками других людей и ставить себя на место другого, чтобы понять мотивы его поведения, в наибольшей степени склонны признавать психологическую обусловленность имеющихся у них соматических расстройств.

Заключение. Результаты исследования выявили значимые связи между показателями рефлексивности и соматизации у студентов. Индивиды с высоким уровнем системной рефлексии более склонны приписывать происхождение соматических симптомов как объективным, так и субъективным факторам, тогда как испытуемым с низким уровнем системной рефлексии свойственная низкая степень осознания причин имеющихся у них соматических нарушений. У индивидов с высоким уровнем интроекции (самокопания) более выражены проявления физического истощения и нарушений функций желудочно-кишечного тракта, более выражены общая интенсивность соматических проявлений и нарушение равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, свойственны более высокие показатели соматизации и индекса тяжести симптоматического дистресса. Индивиды с высоким уровнем рефлексии общения и взаимодействия с другими людьми в наибольшей степени склонны признавать психологическую обусловленность собственных соматических расстройств.

Список литературы

1. Карпов А.В. Психология рефлексивных механизмов деятельности. – М.: Изд-во Института психологии РАН, 2004. – С. 391-396.
2. Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж. Феномен рефлексии в контексте проблемы саморегуляции [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2011. – № 2 (16). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 12.10.2016).

3. Рагозинская В.Г., Соловьева С.Л., Николаев В.И. Нейрофизиологические корреляты эмоциональных состояний у пациентов с психосоматическими расстройствами // Профилактическая и клиническая медицина. – 2009. – № 2. – С. 202-205.
4. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
5. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Консультативная психология и психотерапия. – 2000. – № 2. – С. 5–50.
6. Barsky A.J. Amplification, somatization, and the somatoform disorders // Psychosomatics. – 1992. – Vol. 33 (1). – P. 28–34.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской
психологии и психотерапии г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность: депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижает адаптационные возможности пациента, повышая риск развития суицидальных тенденций, может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации [3]. Традиционно Aaron Beck рассматривал депрессию как неправильное восприятие окружающей действительности и себя самого в этой ситуации (когнитивная триада депрессии) [8]. В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия (когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), cognitive-behavioral treatment (CBT)) является одним из наиболее распространенных методов психотерапии во всем мире [1]. Наряду с индивидуальной работой разработан и применяется групповой формат. По данным метаанализа, индивидуальная терапия в ближайшем периоде более эффективна, однако спустя 6 месяцев катамнестического наблюдения эти различия нивелируются [2]. В качестве мишеней психотерапевтического воздействия рассматривались когнитивные дисфункциональные схемы, составляющие основу избыточно используемых стратегий совладания со стрессом, а так же аффективных расстройств у пациентов с различной личностно-типологической картиной [7]. Основная часть когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) связана с определением и изменением негативных автоматических мыслей и глубинных убеждений, в терапевтическом процессе, значи-

мую роль также занимает идентификация и применение сильных сторон пациента [3]. Выбор методов психотерапии психически больных в стационаре определяется как особенностями патогенеза заболевания, так и ограниченными сроками госпитализации. Интенсифицировать психотерапевтический процесс возможно путем комплексности психотерапевтических усилий [5]. Применение краткосрочных методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, ориентированных на обучение больных и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы [6]. В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Вторично наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики. Задачи психотерапии также фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания: самопонимании (когнитивный аспект), отношении к себе (эмоциональный аспект) и саморегуляции (поведенческий аспект) [4]. Когнитивная терапия, основанная на осознанности (Mindfulness-basedcognitivetherapy, МВСТ) – это вид терапии «третьей волны», основанной на когнитивно-поведенческой терапии и практиках осознанности. Главным применением этой терапии является лечение и предотвращение депрессии [5].

Цель исследования: определить эффективность современных методов психокоррекции депрессивной патологии в виде групповых краткосрочных сеансов когнитивно-поведенческой модели психотерапии в сочетании с психофармакотерапией, адаптированной для проведения в стационарных условиях.

Материал и методы исследования: в исследование были включены 60 женщин с тревожно-депрессивными и депрессивными расстройствами аффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Все пациентки были разделены на две репрезентативные группы. В основную группу были включены 30 женщин с депрессивными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической Больницы (ГКПБ) города Ташкента, которым проводились краткосрочные сеансы КПТ в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. КПТ проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух

месяцев по три сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению больных с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В группы отбирались пациентки с упорядоченным поведением и положительными установками на лечение и психокоррекцию, находящиеся на этапе формирующейся ремиссии. Метод психотерапевтической тактики являлся двухэтапным, применялись групповые и индивидуальные краткосрочные сессии, где пациентки могли получить возможность изменить своё поведение на более высоком адаптивном уровне с родственниками, другими пациентами и персоналом стационара. Начальный (инициальный) этап был направлен на эмоциональную стимуляцию, активацию общения, налаживание коммуникаций и установление межличностных взаимоотношений между участниками групповой психотерапии. Заключительный этап был направлен на восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработку социально одобряемых стереотипов адаптивного поведения и повышения уверенности в себе. Программа КПТ состояла из следующих задач: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения депрессий.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3% пациенток, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) – у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17% женщин и дистимия (F34.1) – у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток были зафиксированы конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничтожения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к мас-

кированным депрессиям. У больных основной и контрольной групп в анамнезе под влиянием психотравмирующих ситуаций наблюдались различные транзиторные психические расстройства: тревожно-фобические, истерические, депрессивные, дисфорические. Причем именно депрессии были наиболее частыми, так у 56% больных основной группы в прошлом наблюдались психогенные депрессии, у 20% обследованных депрессии отличались особо тяжестью и продолжительностью, выраженностью эмоциональных и конгруэнтных аффекту расстройств, достигали психотического уровня. При исследовании конституционально-личностных особенностей основной группы обследуемых женщин с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациенток были выявлены: демонстративный тип личности – у 3 больных (10%), застревающий тип личности – у 8 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В зависимости от типа личности, пациенткам были присущи такие черты, как робость, застенчивость, склонность к пессимизму и фатализации, отсутствие толерантности к быстро меняющимся условиям социальной среды, трудности адаптации в условиях стресса. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. После проведённой психокоррекционной работы в основной группе отмечено

достоверно значимое различие в улучшении социального функционирования и адаптации к социуму по сравнению с контрольной группой. Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках КПТ. В ходе проведения в стационарных условиях групповых сеансов психотерапии было выявлено, что пациентки с дистимическими и демонстративными типами акцентуации характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения депрессий. Пациентки с тревожно-боязливыми и застревающими типами личности труднее входили в контакты с психотерапевтом, не всегда усваивали предлагаемые инструкции, эффект от проводимой терапии не достигал положительных результатов.

Выводы: опыт применения в стационарных условиях КПТ депрессивных расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания пациенток в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. К концу групповой работы положительная динамика отмечается у 88% пациенток, прошедших тренинги когнитивно-поведенческой терапии, что указывает на необходимость данного вида психокоррекции больных с патологией эмоциональной сферы.

Список литературы

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199-204.
2. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство- СПб., 2012. С.315
3. Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра» – 2015. – 46 с.
4. Герасимчук М.Ю. Когнитивно-поведенческая терапия депрессивных расстройств: традиционный подход и инновации. // Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии», Москва, апрель 2016.-10 с

5. Ковпак Д.В. «Третья волна» когнитивно-поведенческой терапии. Майндфулнес в терапии хронической боли//Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра» – 2015. – 158с.
6. Шохайдарова Р.Ю., Бабарахимова С.Б. Опыт применения когнитивно-поведенческой терапии депрессий у женщин.//Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии», Москва, апрель 2016.-39 с.
7. Padesky & Mooney. Strengths-Based Cognitive–Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. Clinical Psychology and Psychotherapy, 2012., 19, 283–290.
8. Teasdale, J. D. Multi-level theories of cognition-emotion relations. In T. Dalgleish & M.Power (Eds.), Handbook of cognition and emotion. 1999., (pp. 665–681).

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ РЕАКЦИЙ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ Г. МАГАДАНА

Бартош Т.П.

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

К современным проблемам здравоохранения относится увеличение распространенности нервно-психических нарушений в детских и подростковых популяциях за счет пограничных невротических и личностных расстройств [1]. Поэтому актуальным становится необходимость раннего выявления у детей таких отклонений, поскольку состояния, занимающие промежуточное положение между здоровьем и болезнью, содержат в себе истоки нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств, психопатологии, психосоциальной дезадаптации, злоупотребления алкоголем и наркотиками. В эмоционально-аффективной сфере нервно-психические нарушения детского возраста выражаются в состоянии тревожности, нервно-психическом напряжении, страхе, депрессии, агрессии. Аффективный компонент тревоги состоит из неприятных ощущений напряжения, тесно связанных с соматовегетативными проявлениями [1-3].

В современных условиях в Магаданской области сформировалась устойчивая популяция молодых жителей из числа европеоидов, которые относятся в основном к 1-3 поколению пришлого населения, которые имеют свои функциональные особенности организма [2-3].

Цель исследования – изучение особенностей эмоциональных и вегетативных реакций подростков, родившихся и проживающих в г. Магадане.

В обследовании приняли участие 346 школьников обоего пола 15-17 лет, родившихся и проживающих в г. Магадане. Из них 178 девушек и 168 юношей. Уровень ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности определяли по методике Спилбергера-Ханина. До 30 баллов регистрировалась низкая тревожность; 31-45 – умеренная тревожность; 46 и более баллов – высокая тревожность. Степень вегетативной лабильности (СВЛ) определяли по одноименному опроснику, содержащему 54 вопроса, которые определяют соматовегетативные расстройства организма. Чем выше балл, тем больше вегетативных проявлений. Наличие невротических и неврозоподобных симптомов в эмоционально-аффективной сфере оценивали с помощью шкалы нервно-психической адаптации (НПА). Полученные данные были статистически обработаны на компьютере с помощью программы STATISTICA 6.0.

Исследование состояния тревожности показало, что средние значения ситуативной и личностной тревожности у обследуемых подростков обоего пола находились в пределах нормы. Высокую личностную тревожность отмечали 35% девушек и 9% юношей, высокую ситуативную 18% и 9% лиц, соответственно.

Наши данные показали, что средние показатели нервно-психической адаптации (НПА) у обследуемых девушек были значимо выше ($p < 0,05$) чем у юношей и составили $34 \pm 2,5$ балла и $17 \pm 1,2$ баллов, соответственно. Показатели девушек соответствуют, в среднем, неблагоприятным прогностическим признакам нарушения нервно-психической адаптации, что можно рассматривать, как характерную черту психической организации девушек северного региона. При этом признаки нарушения нервно-психической адаптации регистрировались более, чем у 40% девушек и 15% юношей. Проведение корреляционного анализа у подростков с признаками нарушения нервно-психической адаптации показало высокую силу связи показателей НПА с ЛТ у лиц обоего пола ($r = 0,65-0,70$, $p < 0,01$). Выраженная нервно-психическая напряженность в структуре индивидуально-типологических особенностей подростков, может являться фактором, провоцирующим развитие внутриличностного конфликта, тревожных расстройств, возникновения депрессий, аддиктивного поведения.

Исследование вегетативных реакций показало значимо большую ($p < 0,05$) выраженность вегетативных проявлений у девушек по сравнению со сверстниками ($21 \pm 0,7$ и $12 \pm 0,8$ баллов, соответственно).

У девушек наиболее распространенными жалобами были: сниженное или подавленное настроение, изменение настроения без видимых причин; раздражительность, вспыльчивость; склонность к слезам, беспричинную тревогу (46%). У юношей преобладали жалобы

на беспричинную тревогу, ощущения, что может произойти что-то неприятное (64%); повышенную потливость, раздражительность, вспыльчивость, опасение покраснеть «на людях», невозможность сдерживать проявления своих чувств (40%). «Неуверенность в себе и своих силах» отметили 28% подростков обоего пола. Наличие «сильного чувства вины» отметили 40% девушек и 23% юношей. Согласно опроснику СВЛ, у девушек максимальное число утверждений пришлось на головные боли (75%); «рябь в глазах» (70%); часто встречаются головокружение и потемнение в глазах при ортостатической пробе (66%). Наиболее часто встречающимися утверждениями у юношей были жалобы на головные боли; на потребность для сна более, чем 8 часов (59%) и трудности с засыпанием (54%). При этом 45% девушек и 57% юношей отмечали признаки, оцениваемые как метеочувствительность; около 40% старших подростков обоего пола отмечали в тесте вопросы, характеризующие разного рода аллергические проявления.

В итоге, среди девушек чаще, чем у юношей, встречается повышенная тревожность, большая вегетативная лабильность и нарушения нервно-психической адаптации. Родившиеся и проживающие в современных условиях Севера старшие подростки Магадана в значительной мере находятся под влиянием хронического стресса и психоэмоционального напряжения. Вследствие этого у них формируются отклонения в психоэмоциональной сфере, вегетативные нарушения, а также высокая вероятность возникновения психосоматических заболеваний.

Список литературы

1. Баранов А.А., Ильин А.Г. Основные тенденции динамики состояния здоровья детей в Российской Федерации. Пути решения проблем // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2011. – №6. – С. 12-18.
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. Бартош Т.П., О.П. Бартош, М.В. Мычко. Нарушения в психоэмоциональной сфере у старшеклассников Магадана // Вестник СВНЦ ДВО РАН. – 2011. – № 4. – С. 24-29.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ – ИНТЕГРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Винокур В.А.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербургское Балинтовское общество, Санкт-Петербург*

Во врачебной профессии в той или иной степени существует дефицит возможностей профессионального общения с коллегами. Вследствие этого существенно возрастает вероятность искажения внутреннего образа своей профессиональной деятельности, самоидентификации врача, приводящей к снижению критичности и саморефлексии, возрастанию своеобразной профессиональной ригидности. В мировом опыте формирования системы подготовки врачей уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей. Коммуникативная компетентность, по мнению и самих специалистов, и опрошенных параллельно с этим их пациентов, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления врачебной деятельности. Эти навыки не улучшаются просто с возрастанием продолжительности работы, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии.

Одной из предпосылок необходимости создания и устойчивого существования такой эффективной формы аналитической супервизии, как балинтовские группы врачей и психологов, служит анализ профессионального «самочувствия» этих специалистов, показывающий, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Выраженность этой потребности часто парадоксально зависит от величины профессионального стажа – более опытные врачи проявляют не только не меньшую, но даже большую заинтересованность в обмене опытом, в конструктивном обсуждении, во внимании и поддержке коллег, чем врачи молодые. Есть и другие важные характеристики нашей профессии, определяющие необходимость балинтовской супервизии.

1. Специфика работы определяется в высокой степени личностными особенностями самого профессионала, чем объектом его труда.

2. Эмоциональная насыщенность межличностного взаимодействия с пациентами в процессе работы.

3. Необходимость постоянного креативного саморазвития вследствие отсутствия готовых программ и алгоритмов работы.

Существует очень тесная интеграция психосоматической медицины и международного балинтовского движения, определяемая их общей идеей внимания к сложным психологическим аспектам взаимодействия с пациентами и проводимой им терапии. М. Balint (1957) писал по этому поводу: «Врач должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что им часто вряд ли удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого».

Один из его основателей и лидеров международного балинтовского движения профессор Boris Luban-Plozza (1923–2002), автор широко известной в мире Асконской модели ведения балинтовских групп (Ascona – небольшой городок в Швейцарии, где он жил), одновременно был широко известен в мире своими фундаментальными работами по психосоматической медицине. Его книга *«Психосоматический пациент на приеме у врача»* многократно издавалась на всех ведущих европейских языках (на русском вышло несколько переизданий этой книги). Представление В. Luban-Plozza о том, что глубокое психологическое понимание, проникающее вплоть до сути эмоциональных проблем пациента, должно в такой же степени принадлежать к вооружению врача, как медикаменты или медицинская техника, успешно объединяет психосоматический подход и балинтовскую группу.

Принципиально аналогичную точку зрения высказывали еще ранее Е. Weiss и О. English (1943) о том, что психосоматика – это подход в медицине, который не только не умаляет значение телесного, но и уделяет существенно больше внимания душевному, а также – V. Weizsaecker (1949) о том, что «...медицина должна быть глубинно-психологической, иначе она не будет медициной». Это также активно сближает идеи интегративной (психосоматической) медицины и философию работы балинтовских групп, поскольку в обоих случаях мы сталкиваемся с миром множества открытых вопросов о сложном характере взаимодействия врача и пациента и глубоко скрытых ответов на эти вопросы. Формула, предложенная в названии книги М. Балинта *«Врач, пациент и его страдание»* (1957) и связывающая психосоматическую компетентность врачей с эффектом их супервизии в балинтовских группах, оказалась настолько продуктивной, что до сих пор стимулирует многих исследователей и практических врачей на ее развитие в разных аспектах. В качестве иллюстрации можно привести многочисленные работы британского врача общей практики Sotiris Zalidis, в частности его книгу *«A General Practitioner, His Patients and Their Feelings: Exploring the Emotions Behind*

Physical Symptoms» («Врач общей практики, его пациенты и их переживания: исследуя эмоции, скрытые за физическими симптомами») (2001) в которой много внимания уделяется психосоматическим и соматоформным расстройствам в общей врачебной практике с акцентом на анализ взаимодействия «врач–пациент». Своевременная и правильная диагностика психосоматических расстройств в общемедицинской практике становится сегодня решающим условием успешной медицинской помощи в целом и в значительной мере важнейшим условием этого становится качество коммуникации врач–пациент, которая и является фокусом аналитической работы балинтовской группы.

Тесная организационная связь и даже практическая интеграция медицинских и балинтовских обществ существует в Германии, Швеции, Польше, Венгрии, Израиле, Португалии. Во многих странах мира (Великобритании, США, Бельгии, Швеции и др.) национальные балинтовские общества в своей работе тесно связаны и активно взаимодействуют с психосоматическими обществами, ассоциациями врачей общей практики (семейных врачей) или ассоциациями психиатров и психотерапевтов.

В январе 1986 г. Международная Балинтовская Федерация получила официальный статус неправительственной международной профессиональной организации, поддерживаемой Советом Европы и несколькими другими организациями, входящими в структуру ООН. Информация о работе федерации и проводимых балинтовских конгрессах и конференциях регулярно приводится в бюллетенях Всемирной организации здравоохранения, что отражает весомый международный авторитет МБФ. Доклады о различных аспектах балинтовской супервизии и ее эффективности в профессиональном развитии врачей регулярно включаются в программы различных медицинских конгрессов и конференций; в частности, это стало традиционным в программе конгрессов WONCA (Всемирной ассоциации врачей общей практики) и многочисленных психосоматических конференций, проходящих в различных странах мира, в частности, регулярно – в России.

Балинтовские группы эффективно обеспечивают ее участникам, врачам и психологам, возможность (*среду, пространство*) для более глубокого и осознанного анализа своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания врачами своих пациентов и самих себя в процессе сложного взаимодействия с ними, что можно отнести к ключевым проблемам психосоматической медицины. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе такой супервизии. Помощь в балинтовской группе происходит от того, что супервизия дает им опыт нового и более конструктивного переживания

той неизвестности или неопределенности, которая существует в работе каждого из врачей или психологов и в каждом случае их взаимодействия с этими сложными пациентами. Группа повышает у специалистов профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, тем самым способствуя предупреждению профессионального выгорания. Балинтовские группы являются хорошим средством устранения у них чувства профессионального «одиночества» и успешной формой развития профессиональной поддержки для врачей и психологов, нового для них позитивного мышления и развития нового уровня компетентности, прежде всего – коммуникативной, что также позволяет этим специалистам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам своей профессиональной деятельности, часто наблюдаемым в терапии психосоматических расстройств и заболеваний, которые рассматриваются сейчас как «болезни цивилизации» и поэтому все чаще встречаются в медицинской практике.

Список литературы

1. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness. – London, 1957.
2. Zalidis S. A General Practitioner, his Patients and their Feelings: Exploring the Emotions behind Physical Symptoms. – London, 2001
3. Weizsaecker V. Begegnungen und Entscheidungen. – Heidelberg, 1949.
4. Weiss E., English O. Psychosomatic medicine. – Philadelphia, 1943.

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Горчакова Н.М.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург*

Восприятие времени, и особенно субъективная оценка человеком своей жизненной перспективы, является одной из важнейших составляющих функционирования здоровой личности. Исследования в этой области отличаются теоретической разрозненностью. Существует множество подходов, в разной степени сконцентрированных на эмоциональных, когнитивных и поведенческих аспектах личностных смыслов восприятия времени. В нашем исследовании мы остановимся на подходе Ф. Зимбардо и изучению мотивации и временной перспективы Ж. Нюттена. Психологические исследования взаимоотношений между физическим и психическим здоровьем и временной перспективой показали важность ба-

ланса временной перспективы – баланса между позитивным отношением к прошлому, ориентацией на будущее и получением удовольствия в настоящем. Мы рассматривали временную перспективу личности как часть мотивационной структуры нарушений пищевого поведения и ориентировались на показатели временной перспективы у женщин с лишним весом. На стадии задумки исследования нами специально была подобрана группа женщин с субъективной оценкой себя как здоровой, реализованной, счастливой женщины, несмотря на лишний вес. Многочисленные исследования в области нарушений пищевого поведения сводятся к исследованию адаптации, нарушению межличностных отношений и др. Новизна нашего исследования именно в критерии отбора участников исследования. У исследуемых женщин наблюдается хороший баланс временной перспективы: повышенный уровень ориентации на позитивное прошлое, средний уровень ориентации на гедонистическое настоящее, низкая ориентация на негативное прошлое и фаталистическое настоящее, ориентация на будущее. Но, по мнению Ф. Зимбардо, для наилучшего баланса временной перспективы все же ориентация на «будущее» должна быть значительно выше, нежели у испытуемых нашей группы. Для изучения взаимосвязи индивидуальных оценок субъективного восприятия своего прошлого, настоящего, и будущего, а также их влияния на структуру пищевого поведения было обследовано 52 женщины с нарушениями пищевого поведения, не озабоченные проблемой снижения веса и довольные своей внешностью и жизнью в целом. Измерялись: биографические особенности женщин участниц исследования (биографический опросник); временная перспектива личности (методика Ф. Зимбардо); аттитюды к настоящему, будущему, прошлому времени (методика Ж. Нюттена), пищевое поведение (Голландский опросник пищевого поведения, шкала оценки пищевого поведения), стиль саморегуляции поведения В.И. Моросановой); расстройства личности (Опросник невротической личности КОН-2006). Обработка данных: описательные статистики (средние и стандартные отклонения), построение таблиц сопряженности, корреляционный анализ. Результаты: эмоциональное отношение к настоящему и прошлому отрицательно взаимосвязаны с «некомпетентностью» и «неэффективностью». Чем в большей степени участницы исследования не уверены в себе и в возможности контролировать свою жизнь, чем им труднее «понимать» и распознавать свои эмоции, тем негативнее на аффективном уровне они воспринимают свою жизнь и прошлую, и настоящую. Мрачно окрашенное настоящее вызывает склонность к булимии. Таким образом, участницы благополучны, однако испытывают «недовольство телом» и «трудности в межличностных контактах», из-за «стереотипного» неприятия окружающими полных людей. Однако участниц нашего исследования можно считать благополучными

людьми. Для них не свойственно наличие невротических расстройств, они удовлетворены семейной и профессиональной жизнью (исследования на аналогичных группах говорят об обратном), преобладающее большинство не наблюдает явных изменений в своем состоянии здоровья, некоторые даже отмечают улучшения. Также, практически все женщины не ощущают нехватку жизненного тонуса и энергии. При этом половина из них даже отмечают у себя более высокую жизненную энергию и тонус, по сравнению с окружающими. Большинство опрошенных женщин отмечают, что у женщины должны быть «округлые формы», так как главное, чтобы было здоровье. Однако, результаты нашего исследования показали наличие социального давления, оказывающего влияние на самооценку и вызывающего действия, направленные на снижение веса.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Дейнека Н.В., Светкина А.А.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра медицинской
психологии и психотерапии, г. Самара*

Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к воспалительным заболеваниям кишечника, характеризуется длительным рецидивирующим течением и представляет актуальную проблему современной гастроэнтерологии и колопроктологии. В патогенезе НЯК выделяют аутоиммунные, инфекционные, наследственные факторы. НЯК также относят к психосоматическим заболеваниям, в возникновении и развитии которых значимую роль играет механизм соматизации, связанный с особенностями личностного реагирования на стресс. Впервые точку зрения о психологической детерминации НЯК высказал Г. Мюррей в 1930 г., объясняя его симптомы «инфантильным ответом на бегство от опасностей и трудностей жизни». Многими авторами отмечаются такие черты личности, как неспособность к адекватному эмоциональному отреагированию, зависимость, чувствительность к неудачам, застревание на негативных переживаниях, склонность подавлять агрессивные переживания и др.

В этой связи представляется актуальным исследование coping-стратегий и реакций в ситуации фрустрации больных неспецифическим язвенным колитом. С этой целью исследовано 62 пациента с верифицированным диагнозом НЯК. Средний возраст больных 35,2±9,5 лет. У 35% обследованных заболевание было выявлено впервые, у 34% анамнез болезни не превышает 5 лет, 31% обследованных страдают

неспецифическим язвенным колитом более 5 лет. Все пациенты отмечали непосредственное влияние стрессовых ситуаций на манифестацию или обострение заболевания. У 56% больных отмечались депрессивные переживания, связанные с потерей близкого человека, нарушением социальных связей, утратой значимых отношений. Пациенты сообщали также о сложных взаимоотношениях в семье, конфликтах на работе, сложной жилищной и/или материальной ситуации.

Для выявления индивидуальных стратегий совладающего поведения использовалась методика «Копинг-тест» (Lazarus R., Folkman S., 1984). Под «копингом» (от англ. *to cope* – справиться, совладать) подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться со специфическими внешними или/и внутренними требованиями, которые оцениваются как напряжение или превышают возможности человека справиться с ними. Как показало проведенное исследование, ведущими копинг-стратегиями ($p < 0,01$) являются позитивная переоценка, планирование решения проблемы и самоконтроль (см. рис. 1).

Положительная переоценка ($p < 0,003$) предполагает усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Такая копинг-стратегия оценивается неоднозначно. С одной стороны, придание проблеме позитивного значения уменьшает стресс и служит эмоциональному приспособлению к нему; с другой стороны, изменение отношения отвлекает от решения конкретных проблем



Рис 1. Распределение копинг-стратегий у больных НЯК

и может указывать на снижение личностного ресурса. Тем не менее, представляется, что стратегия позитивной переоценки может быть эффективна в ситуации, когда субъект не может контролировать ситуацию. Второй по значимости является конструктивный копинг «планирование решения проблемы», который предполагает произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме. Достаточно часто ($p < 0,05$) используется «самоконтроль» – конструктивная копинг-стратегия, направленная на регулирование своих чувств и действий.

Результаты исследования по методике рисуночной фрустрации С. Розенцвейга (адаптация Н.В. Тарабриной, 1984) представлены в табл. 1 и на рис.2.

Таблица 1.
 Данные полученные по методике рисуночной фрустрации С. Розенцвейга

Показатель	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Достоверность
GCR	35,4	56	0,003*
O D	17	34	0,12
E D	29	38	0,0022**
N P	45,8	28	0,054
Σ E	22	42	0,17
Σ I	47	25,5	0,025*
Σ M	31	32,5	0,05
E	1	1,5	0,000***
I	1,5	1,5	0,008**
E+I	2,5	3	0,0007***
E-E	5	7	0,01*
I-I	12,5	3	0,0092**
ΣM+I	32,5	12	0,539
ΣE/ ΣI	0,47	1,6	0,0003**
ΣE/ ΣM	0,71	1,3	0,0054**
E/e	0,55	2,9	0,0052**
i/e	2,27	1,1	0,0055**

Уровень достоверности: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Как видно из таблицы, в ситуации фрустрации преобладают интропунитивные реакции потребностно-настойчивого типа. Таким образом, испытуемые в ситуации фрустрации склонны проявлять реакции, направленные на удовлетворение ситуативно возникающих потребностей в форме принятия на себя ответственности за удовлетворение потребности или за решение проблемы (i). У испытуемых экспериментальной

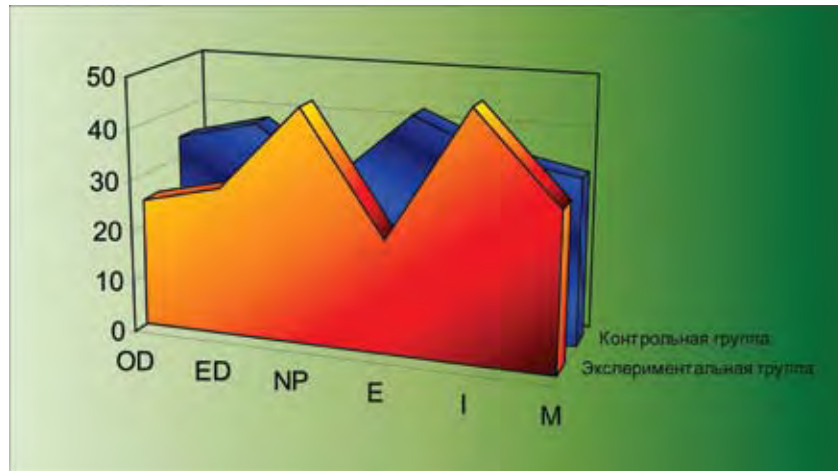


Рис. 2. Показатели теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга

группы значительно снижены такие показатели как баланс агрессивности ($\Sigma E/\Sigma I$), удельный вес агрессивности ($\Sigma E/\Sigma M$) и степень сублимации агрессии (E/e) за счет принятия на себя ответственности и степени самостоятельности (i/e). У больных НЯК отмечается достоверное снижение (35%) по показателю GCR (коэффициент групповой адаптации).

Проведенный корреляционный анализ показал наличие обратной значимой взаимосвязи ($r_s = -0,815$ при $p < 0,05$) между копингом положительной переоценки и препятственно-доминантным типом реагирования (OD), а также обратную корреляцию с экстрапунитивным (E) типом реагирования ($r_s = -0,712$ при $p < 0,05$).

При использовании преимущественно конструктивных проблемно-ориентированных копингов пациенты, страдающие НЯК, в ситуации фрустрации проявляют ригидность в отношении удовлетворения потребности, склонны к переживанию неконструктивного чувства вины или принятия ответственности за ее возникновение и разрешение. Происходит формирование неадекватного эмоционального ответа на фрустрирующую ситуацию, заключающегося в повышенной требовательности к себе, низкой фрустрационной толерантности и социальной дезадаптации.

Таким образом, полученные результаты исследования подчеркивают, что больные НЯК нуждаются в оказании направленной психологической помощи по коррекции эмоционального состояния, актуализации личностных ресурсов, формированию навыков социального взаимодействия, что представляется важным условием для их эффективной реабилитации.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Жигар А.М.

*Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы являются часто встречающейся формой психосоматической патологии. Симптомы данных нарушений разнообразны: ощущения сердцебиения и непосредственно тахикардия, повышение артериального давления, ощущения перебоев в работе сердца, а также кардиалгии. Как правило, при функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы отмечается тесная связь между психоэмоциональным стрессом, некими конфликтными переживаниями и имеющимися симптомами. Эта связь часто не осознается самим пациентом. Более того, многие пациенты категорически отрицают возможные психологические интерпретации и объяснения имеющихся симптомов, считая их «несерьезными» или даже «обидными». При попытках перевести беседу в психологическое русло можно столкнуться с раздражением и агрессией со стороны пациентов. Их можно понять: часто длительное «хождение по врачам» и многочисленные обследования не дают ожидаемого результата. Врачебное «вы здоровы» вызывает не успокоение, а раздражение и поиск «хорошего» врача, который сможет поставить диагноз и назначить лечение.

Обычно для таких пациентов более приемлемо физиологическое объяснение имеющихся симптомов. Психотерапевт может рассказать о прямом патофизиологическом воздействии стресса на сердечно-сосудистую систему, которое осуществляется через повышение активности симпатно-адреналовой системы, в доступной для пациента форме. Часто это дает пациенту ощущение того, что врач понимает, что происходит и не считает тягостные симптомы надуманными, признает их реальность и серьезность. Постепенно в процессе беседы можно подвести пациента к тому, что снятие психоэмоционального напряжения оказывает положительное влияние на состояние сердечно-сосудистой системы. Кроме того, нелишней представляется поддержка пациента, которого можно похвалить за своевременное обращение за медицинской помощью, так как на этой стадии лечение может быть более эффективным. Можно рассказать пациенту, что часто, возникая на фоне острого или хронического стресса, гипертоническая болезнь продолжает развиваться по своим

собственным механизмам, независимо от существования первоначальной травмирующей ситуации.

Очевидно, что пациенты, которым трудно принять психологическое объяснение имеющихся симптомов, весьма настороженно относятся ко многим видам психотерапии и психокоррекции. Они искренне не понимают, как это может им помочь. В этом плане подходящим методом представляется прогрессивная нервно-мышечная релаксация, которая базируется на том, что изменения психоэмоционального статуса и мышечного тонуса являются взаимно обуславливающими друг друга процессами. Пациенту важно получить от врача объяснение того, как именно этот метод оказывает влияние на организм и имеющиеся симптомы. Снижение мышечного тонуса зачастую приводит к снижению психоэмоционального напряжения и, в свою очередь, к нормализации регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы. Кроме того, релаксация сопровождается специфическими изменениями параметров кровообращения – преимущественно независимой от центральной гемодинамики оптимизацией церебрального кровотока. Такие изменения, как правило, сопровождаются развитием субъективно ощущаемых эмоционально положительных состояний.

В процессе лечения таких пациентов нервно-мышечная релаксация представляется своего рода связующим звеном между соматоцентрированным и психоцентрированным пониманием своего состояния, помогая пациенту осознать связь между телом и эмоциями.

Важным также является то, что при применении нервно-мышечной релаксации повышается уровень личной ответственности пациента за результат лечения, а также формируется ощущение контроля над своим состоянием, что часто способствует снижению тревоги, вызванной имеющимися симптомами.

Целью исследования являлось изучение влияния нервно-мышечной релаксации на психоэмоциональное состояние пациентов с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, сопровождающимися повышением артериального давления и/или частоты сердечных сокращений.

Методы исследования: психоэмоциональное состояние пациентов оценивалось при помощи методики САН, которая позволяет оценить свое актуальное состояние при помощи таблицы, состоящей из 30 пар полярных признаков. Пациенты заполняли таблицы за 30 минут до и через 30 минут после проведения релаксации. Кроме того, все пациентам четыре раза в день измерялись артериальное давление и частота сердечных сокращений.

Результаты. В исследовании приняли участие 34 пациента психосоматического отделения с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы, сопровождающимися повышением артериального давления и/или частоты сердечных сокращений. Все пациенты, включенные в исследование, сообщили о чувстве тревоги, связанном с имеющимися симптомами.

Пациенты посещали сеансы нервно-мышечной релаксации, которые проводились 5 раз в неделю. Отмечалась хорошая приверженность пациентов данному методу лечения: 25 пациентов (73,5%) за время стационарного лечения не пропустили ни одного сеанса

У всех пациентов отмечалось повышение среднего балла по шкалам методики (самочувствие, активность, настроение), это повышение становилось более выраженным у «тренированных» пациентов, тех, кто посетил сеансы нервно-мышечной релаксации более 5 раз.

Кроме того, у большинства пациентов отмечалась стабилизация артериального давления и частоты сердечных сокращений, однако, следует учесть влияние назначаемых пациентам препаратов (транквилизаторов, нейролептиков, антидепрессантов, в некоторых случаях – адrenoблокаторов).

В процессе посещения нервно-мышечной релаксации отмечался рост заинтересованности пациентов в психотерапии. Многие пациенты, которые первоначально отказывались от посещения других групп в отделении, постепенно осознавали связь между имеющимися симптомами и эмоциональным состоянием и становились активными участниками групповой психотерапии.

Выводы.

1. Нервно-мышечная релаксация оказывает положительное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы.

2. Важно учесть, что этот эффект усиливается по мере тренировки пациента.

3. При применении данного метода отмечается хорошая приверженность пациентов лечению.

4. Положительный эффект нервно-мышечной релаксации часто усиливает доверие к врачу и психотерапии и целом, что позволяет перейти к другим видам психотерапии, часто глубинным.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Жигар А.М.

*Гродненский государственный медицинский университет,
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Псориаз является хроническим воспалительным заболеванием кожи, которым страдает примерно 2-3% населения в мире.

С точки зрения психосоматики псориаз является следствием недовольства человека собственным телом, своим положением в жизни, окружающим миром, неумением ценить себя. Чем более выраженным является негативное отношение к себе и внешнему миру, внутренний конфликт, тем тяжелее протекает болезнь. Симптомы в виде высыпаний, бляшек отражают самоуничижительные мысли человека, появляющиеся корочки призваны огородить человека от внешнего мира. Как правило, пациент с психосоматической формой псориаза придает слишком большое значение мнению других о себе, стыдится своих недостатков, внутренне не может принять себя, постоянно боится, что его могут обидеть.

К личностным особенностям пациентов с псориазом относятся: алекситимия, страх отвержения, подавление агрессивных импульсов, трудности в установлении границ во взаимоотношениях.

К факторам, провоцирующим обострение псориаза и утяжеляющим его течение можно отнести стрессовые жизненные события, отсутствие социальной поддержки, небезопасный тип привязанности (тревожный и избегающий типы) в отношениях. Считается, что примерно у 80% страдающих псориазом имеются сложности в установлении взаимоотношений.

В связи с заболеванием часто возникают чувство стыда, тревоги, раздражительность. По данным различных исследований 30-60% дерматологических пациентов страдают также от психических расстройств, чаще представленных депрессивными и тревожными расстройствами. На развитие этих расстройств влияют как непосредственно симптомы заболевания, такие как боль и зуд, так и ощущение социальной стигматизации, различные ограничения в образе жизни. Стоит отметить, что на появления психопатологической симптоматики в большей степени влияет качество жизни данных пациентов, нежели непосредственно сама тяжесть симптомов заболевания. Таким образом, псориаз может опосредованно влиять на возникновение психологичес-

ких проблем и психических расстройств через изменение социального функционирования. По данным различных исследований эта связь более заметна у женщин, возможно, из-за большей важности для них внешней привлекательности. Кроме того, есть данные, по которым кожные заболевания, в частности псориаз, более негативно влияют на сексуальную жизнь женщин, чем мужчин.

Как показывают исследования, практически все пациенты с псориазом сталкивались с проявлениями стигматизации. Они могут быть менее выраженными, например, люди могут обращать много внимания на кожные покровы страдающих псориазом, а также избегать прикасаться к ним. Проявления стигматизации могут быть более серьезными – просьбы отойти подальше, покинуть помещение, агрессия со стороны окружающих. Все эти факторы могут приводить к развитию паранояльности, чувству злости, депрессии, социальной отгороженности. Примерно две трети пациентов с псориазом ощущают, что люди часто пристально рассматривают их кожу и считают их заразными. Женщины чувствительнее мужчин к проявлениям стигматизации, она вызывает у них больший стресс. В то же время многие авторы подчеркивают, что стигматизация больше влияет на молодых людей, особенно на тех, кто не состоит в браке, т.к. по некоторым данным они чувствительнее к внешней оценке. Важным фактором, влияющим на психическое состояние больных псориазом, является принятие своего заболевания самим пациентом.

Целью нашего исследования была оценка влияния участия в индивидуальной и групповой психотерапии пациентов с псориазом на их психологическое.

Материал и методы. За 2012-2015 годы 22 пациента с псориазом посещали групповую психотерапию. Данные пациенты проходили лечение в психосоматическом отделении УЗ ГКБ №3 г. Гродно по поводу заболеваний, классифицируемых в рубрике F (психические и поведенческие расстройства) МКБ-10. Наиболее часто в этой группе пациентов выставлялись диагнозы расстройство адаптации и аффективные расстройства (депрессии различной степени тяжести). Групповая психотерапия проводилась 5 раз в неделю. В ней принимали участие пациенты вне зависимости от диагноза, с различными психологическими проблемами. Индивидуальная психотерапия проводилась 16 пациентам (метод кататимно-имагинативной психотерапии) 3 раза в неделю.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты отмечали положительное влияние групповой психотерапии на свое психологическое состояние. Особенно высоко была оценена возможность получения обратной связи и поддержки от других пациентов. Важную роль сыграло

осознание того, что социальные страхи в отношении своего заболевания несколько преувеличены. Пациенты отметили, что за время пребывания в отделении уменьшилось ощущение пристального внимания со стороны других людей к их кожным покровам, ощущение чужого взгляда. Окружающие люди стали казаться более дружелюбными, что в значительной степени снизило психоэмоциональное напряжение у данной категории пациентов. Кроме этого, в процессе групповой психотерапии многие пациенты начали открыто выражать свои чувства, в том числе агрессивные.

В процессе индивидуальной психотерапии в фокусе была личность пациента вне зависимости от симптомов соматического заболевания. В процессе проработки основных мотивов первой ступени символдрамы постепенно вскрывались и прорабатывались внутренние конфликты. Данный метод психотерапии усиливает ресурсы личности, в символической форме удовлетворяет базовые потребности человека.

Большинство пациентов (19 из 22) отмечали значительное улучшение не только психологического состояния, но и уменьшение проявлений псориаза.

Конечно, мы не можем связывать положительные изменения только с проведением психотерапии, так как все пациенты получали медикаментозное лечение (антидепрессанты).

Выводы.

1. Псориаз влияет на психическое состояние пациента и качество его жизни.
2. Важным аспектом данного влияния является стигматизация.
3. психологические факторы способны утяжелять течение заболевания и провоцировать обострения.
4. Участие в групповой психотерапии способно значительно улучшить психическое состояние пациентов с псориазом.
5. Индивидуальная психотерапия способствует проработке внутриличностных конфликтов и усилению ресурсов личности, силы Я.
6. Лечение таких пациентов должно быть комплексным и включать в себя не только лечение основного заболевания, но и психотерапию с медикаментозной коррекцией имеющихся психоэмоциональных нарушений.

Список литературы

1. Сухарев А.В. Введение в психосоматическую дерматологию: учебно-методические рекомендации / А.В. Сухарев, Р.Н. Назаров, А.В. Стаценко, О.И. Бондарь // СПб., 2006. – 39с.

2. Hrehorow E. Patients with Psoriasis Feel Stigmatized / E. Hrehorow, J. Salomon, L. Matusiak, A. Reich, J.C. Szepietowski // Acta DermVenereol. – 2011. – Vol. 91. – P. 67-72.
3. Jankovic S. Relevance of psychosomatic factors in psoriasis: a case-control study / S. Jankovic [et al.] // Acta Derm Venerol. – 2009. – Vol. 89. – P. 364-368.
4. Zachariae R. Psychological Symptoms and Quality of Life of Dermatology Outpatients and Hospitalized Dermatology Patients / R. Zachariae [et al.] // Acta Derm Venereol. – 2004. – Vol. 84. – P. 205-212.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Жукова Д.И., Балин В.Д., Джанаева Л.В.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
факультет психологии, Санкт-Петербург*

Автобиографический подход в изучении случая предоставляет возможность лучше понять внутренний мир человека, а в нашем исследовании дает возможность изучить эмоциональные и когнитивные нарушения, а также механизмы стабилизации депрессивного состояния у лиц юношеского возраста с высоким уровнем перфекционизма.

В нашем исследовании мы рассматриваем автобиографическую память как психическое составляющее, тесно связанное с «Образом Я». Депрессивные и перфекционистские установки важные составляющие части личностной организации человека. Сегодня ситуация такова, что пока не только не выявлены все представления о психологической структуре и формах перфекционизма, но нет точной разработки инструментов, тестирующих различные параметры и формы перфекционизма. В такой ситуации лучшее, что, на наш взгляд, можно сделать, это сбор данных с последующим анализом в рамках нарративного подхода. Для этого требуется такое построение процедуры, которое реализует оба подхода. Для этих целей нами был выбран метод экспертной оценки автобиографических рассказов испытуемых.

В контексте обозначенной нами проблемы исследования: каковы особенности автобиографической памяти у лиц юношеского возраста с высоким уровнем перфекционизма, нами были сформулированы основные гипотезы:

Гипотеза 1: Для склонных к депрессии лиц юношеского возраста характерен высокий уровень перфекционизма.

Гипотеза 2: У лиц юношеского возраста с высоким уровнем перфекционизма и склонностью к депрессии имеются особенности

автобиографической памяти, касающиеся образа собственного «Я», идеального «Я» и Другого, и иные перцептивные искажения, типичные для пациентов с клинической депрессией. Также данным лицам присущи неразвитые, примитивные механизмы психологической защиты.

Гипотеза 3: Перфекционистские установки у лиц юношеского возраста являются результатом искажения в структуре мотивации и фрустрации иных неудовлетворенных потребностей.

С целью проверки сформулированных нами гипотезы было использовано 4 методики: 1. Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI); 2. Опросник перфекционизма Гаранян Н.Г., Холмогоровой А.Б.; 3. Автобиографическое интервью Нурковой В.В.; 4. Метод экспертных оценок рассказов.

Наше исследование проводилось на базе неврологического отделения СПб ГБУЗ «Городской больницы Святого Праведного Иоанна Кронштадтского». Первоначально в исследовании принимало участие 140 человек в возрасте 17-18 лет. Из них было отобрано в основную группу 30 человек с высоким уровнем перфекционизма и 10 человек в контрольную группу с низким уровнем перфекционизма.

Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 19.0, Copyright SPSS Inc., 2010.

По результатам экспертной оценки автобиографических рассказов можно утверждать наличие высоких значений по параметрам «Ведущая потребность (цель) автора» и «Успех-неуспех в достижении поставленной цели», указывающим на недостаточную целенаправленность и отсутствие чёткости суждений в постановке цели из-за средней или выраженной полезависимости и слабой дифференцированности. Отсутствие дифференцированности, постоянное смешение, взаимовлияние и взаимообусловленность представляет невозможность разведения аффективных и когнитивных процессов. Поэтому параметр «Реакция собственного «Я» на успех или неуспех» в достижении поставленной цели показывает, что вся познавательная сфера буквально пронизана, наполнена нестабильными, флуктуирующими, изменчивыми эмоциями, проекциями внутренних переживаний и, соответственно, многочисленными субъективными искажениями. При этом сами эмоции очень зависят от внешних обстоятельств, от любых, даже минимальных, изменений ситуации (от тактики и степени эмоциональной поддержки, обнаруживаемых собеседником, от качества обратной связи, от реальных результатов деятельности и требований к субъекту и т.д.), а также от внутренних переживаний, ощущений (включая динамику соматическо-

го состояния). Названные два момента тоже переплетаются между собой и подчас трудноразличимы, степень субъективных искажений внешней ситуации зависит от определённой внутренней к ним готовности, «настроенности», значимости сферы ведущего в данный момент аффекта. Таким образом, нашим испытуемым практически недостижимо создание стабильной и целостной картины мира, сохраняющейся настолько долго, чтобы определять выбор важных целей, стратегий поведения, взглядов, оценок происходящего, то есть степень интеграции очень низкая, достижение ее почти невозможно.

Не следует путать разнообразие, широту, лёгкость ассоциирования, привнесения фантазийных и субъективных моментов с истинно творческим богатством мышления и видения мира. Напротив, в каждый отдельный момент, имеет место картина окружающего, искаженная доминирующим сейчас аффектом (мы бы смело признали её аффективно – суженной), очень далекая от полноты целостного восприятия; а набор таких фрагментарных впечатлений, изменчивых, мозаичных, никак не объединяется, т.к. такой процесс требует обязательной рефлексии происходящего, собственных субъективных искажений, критичности, опосредования через внешние оценки, что испытуемым с высоким уровнем перфекционизма недоступно. Именно поэтому относительно более высокий уровень активности испытуемых не ведет к желаемому повышению продуктивности и результативности их деятельности; даже при работе в условиях относительного покоя, без введения аффектогенных стимулов почти невозможно увидеть целенаправленную и последовательную, оригинальную и индивидуализированную линию рассуждений. Введение же даже минимального аффективного напряжения буквально «рушит» всю картину мира и деятельность, т.к. есть тенденция к глобализации любого транзиторного аффекта, тут же заполняющего все внутреннее пространство, с драматизацией происходящего, чрезмерностью и неадекватностью реагирования, при безусловной недостаточности осознания происходящего и контроля. Таким образом, происходит несоответствие и нестыковка двух картин мира испытуемых с высоким уровнем перфекционизма: мира предметного, вещного и социальных объектов. Если первый, лишённый субъективной значимости и особой аффективной окраски, выглядит упрощённым, фрагментарным, стереотипизированным, легко провоцирует пресыщение и отказ от активности, то второй – сверхважен, чрезмерно аффективно насыщен, противоречив, предполагает смешение внешнего и внутреннего, их взаимоискажения, отсутствие чётких границ. При оперировании стимулами второго типа, все вышеназванные особенности индивидуального стиля проявляются максимально отчётливо, в заострённой форме, а степень аффективных

искажений такова, что приближает мышление к конфабуляторному, а проекция собственных противоречивых и амбивалентных чувств дает негрубые проявления расщепления.

У испытуемых реакция собственного «Я» на успех проявляется в хронически сниженном настроении, отчаянии, стыде, в страхе, критике со стороны «Другого». К тому же, критичность «Другого» и отказ от взаимодействия с индивидом с высоким уровнем перфекционизма наносят неуверенному перфекционисту ощутимый удар по его и без того заниженной самооценке. Отсюда берет начало самоотвержение, разочарование, обида, фрустрация «Я», длительная фиксация на переживаниях неуспеха, самоотвращение, сильная деструкция «Я», недовольство собой, ненависть к собственному «Я», самообвинение и отказ от ценностей. Поэтому, не имея критериев, по которым будут оценивать их работу, они ударяются в бесконечное улучшение. Им все время будет казаться, что вот этого не достаточно, что этого может чуть-чуть не хватить. И каждый раз, не имея четкого представления о необходимом результате, цели, испытуемые с высоким уровнем перфекционизма будут отодвигать планку, поднимая ее все выше и выше. Отсюда берут начало реакции хронической усталости, ощущение полного бессилия, депрессии, саможаления, самоутешения, самооправдания, критика собственного «Я», раздражения, злость, навязчивая требовательность к себе, враждебное отношение к «Другому», отказ от взаимодействия, отказ от ожиданий, отчуждение «Другого», отказ от цели или обесценивание цели, отсутствие надежды на успех и полученные удовольствия, где возможно.

Полученные эмпирические результаты могут быть использованы психотерапевтами и практикующими психологами в консультативной и психологической помощи.

Список литературы

1. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства. – М.: Класс, 2000, 464 с.
2. Холмогорова, А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели. / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011, 480 с.
3. Чехлатый, Е. И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. № 2, 544 с.
4. Hewitt P. Perfectionism and stress process in psychopathology / P. Hewitt, G. Flett // Perfectionism: Theory, research and Treatment / Ed. by G. Flett, P. Hewitt. Washington, 2005. Vol. 73

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ

Ильмузина А.В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара

Ожоги представляют актуальную проблему в области здравоохранения. Не смертельные ожоги являются одной из основных причин заболеваемости, включая длительную госпитализацию, обезображивание и инвалидность, часто сопровождаемые стигматизацией и неприятием, в связи с чем вопросы предоставления качественной психологической помощи пострадавшим остаются весьма актуальными [5]. Современный подход в реабилитации пациентов с ожоговой травмой предполагает необходимость оказания как можно более ранней психологической помощи [6, 7, 8].

Цель исследования: определить особенности психической адаптации пациентов в остром периоде ожоговой болезни и оказать психологическую помощь на госпитальном этапе клинко-психологического сопровождения.

Объект исследования: психо-эмоциональное состояние пациента с ожоговой болезнью.

Предмет исследования: тип и направление эмоционального реагирования на фрустрацию, уровень тревожности, стратегии совладания со стрессом и социальная адаптация пациентов с ожоговой болезнью.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ожогового центра Городской клинической больницы №1 имени Н.И. Пирогова. В нем приняли участие 50 человек в возрасте от 22 до 35 лет (мужчин и женщин поровну) с диагнозом ожоговая болезнь II-III степени.

Методы исследования: клиническая беседа и наблюдение; метод рисуночной фрустрации С. Розенцвейга; интегративный тест тревожности; копинг-тест Р. Лазаруса.

Для количественного анализа данных были выбраны: угловое преобразование Фишера, параметрический t-критерий Стьюдента и коэффициент ранговой корреляции rs Спирмена. Статистические подсчеты выполнялись в программах Statistica 10.0 и MS Excel (из состава офисного пакета Microsoft Office версии XP Home Edition).

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов с ожоговой болезнью в остром периоде диагностируется высо-

кий уровень «ситуативной» тревожности (средний балл 7,5) в виде «эмоционального дискомфорта» (средний балл 8), «тревожной оценки перспективы» (средний балл 7,2) и «астенического компонента» (средний балл 6,8). Эмоциональное реагирование на фрустрацию отличается от стандарта: повышен удельный вес эго-защитных реакций ($ED > N - P > O - D = 13,04 > 6,08 > 4,88$), то есть в ситуации фрустрации отмечается склонность к эго-защитным реакциям в форме агрессии направленной на окружающих и порицания партнёров по ситуации ($E > M > I = 10,04 > 7,8 > 6,16$); отмечаются высокие значения «индекса направленности агрессии» ($\sum E / \sum I = 1,6$); снижение «индекса трансформации агрессии» ($E/e = 2,6$) – плохо управляемое поведение на стресс, только за счет направления агрессии во вне, показывающее неадаптивное поведение по сравнению со стандартом; «индекс решения проблем» ($i/e = 0,95$) снижен, выявлена достоверно высокая «внешняя агрессия» ($\sum E / \sum M = 1,3$) и низкая групповая адаптация ($GCR = 29,4$). У пациентов выявлены различные стили стресс-совладающего поведения, но преобладают дезадаптивные копинг-стратегии.

Нами была сформирована программа психологического сопровождения пациентов с ожоговой болезнью, которая включала в себя диагностику факторов, участвующих в адаптации при ожоговой болезни; обучение техникам ослабления болевого синдрома; снижение уровня тревожности и стабилизацию эмоционального фона, формирование адекватного отношения в болезни, обучение стратегиям совладания со стрессом и социальную поддержку. Большое внимание уделяется созданию рабочего альянса между пациентом, его родственниками, медицинским персоналом и психологом.

Программа опиралась на техники когнитивно-поведенческой психотерапии и проводилась в госпитальных условиях (10 занятий) 1,0 час, 3 занятия в неделю [1, 2, 3, 4].

В зависимости от стадии заболевания психологическое сопровождение пациентов с ожоговой болезнью имеет свои особенности. На стадии ожогового шока основными факторами стресса являются внезапность, боль, страх, стыд. На стадии токсемии пациент испытывает оторванность от привычного социального окружения, недостаток эмоциональной поддержки, страдает от тревожных мыслей о своем будущем, переживает изменения, связанные со своим внешним обликом.

Особое место в структуре переживаний пациента занимает болевой синдром. Психологическая работа с болевым синдромом проходила в несколько этапов: информирование пациента о взаимовлиянии болевого синдрома и эмоционального состояния; переоценка значимости болевых симптомов; коррекция поведения путем переключения внима-

ния на эмоционально-положительные стимулы, с активизацией деятельности доставляющей удовольствие. Все пациенты обучались аутогенной тренировке с использованием музыкотерапии, дыхательным техникам и когнитивным техникам работы с болью [3, 9].

На стадии реконвалесценции пациент проявлял обеспокоенность своим будущим, возможными проблемами в профессиональной и межличностной сфере. На данном этапе проводилась работа с чувством беспомощности и безнадежности, подготовка больного к новой социальной ситуации жизни после лечения ожога и принятие себя. Проводилось исправление когнитивных ошибок, имеющихся у больного.

После проведенной программы психологической коррекции выявлено, что уровень «ситуативной» тревожности достоверно снизился практически по всем показателям ($U = 33,00$ при $p \leq 0,05$). Достоверное повышение общей «личностной» тревожности с низкого до нормального уровня ($U = 205$ при $p \leq 0,05$) в основном за счет показателя – «социальные реакции защиты» ($U = 159,5$ при $p \leq 0,05$), что свидетельствует в пользу повышения психической адаптации данного контингента больных.

По результатам теста С. Розенцвейга значение эго-защитных реакций трансформировалось за счёт увеличения реакций импунитивной направленности ($(E - D) > NP > O - D = 13,64 > 6,4 > 3,96$; $M > E > I = 8,96 > 8,08 > 6,96$), то есть в ситуации фрустрации повысилась склонность к эго-защитным реакциям в форме оправдания (снятие вины с партнёров по ситуации). На втором месте стоят реакции с фиксацией на разрешении ситуации за счёт принятия на себя ответственности за удовлетворение ситуативно возникающей потребности или решение проблемы. Можно отметить достоверное снижение экстрапунитивных реакций и повышение показателя импунитивных, безобвинительных реакций, достоверно снижение индексов агрессивного реагирования и повышение групповой адаптации ($GCR = 37,3$). Эти данные говорят об улучшении психической адаптации обследуемых пациентов с ожоговой болезнью.

Сравнительный анализ результатов стресс-совладающего поведения показал, что в результате коррекции достоверно увеличилась частота использования копинга «самоконтроль» ($U = 203, 5$ при $p \leq 0,05$) и снизилась вероятность использования копингов «дистанцирование» ($U = 86, 50$ при $p \leq 0,05$) и «избегание» ($U = 213, 5$ при $p \leq 0,05$).

Таким образом, в процессе выполнения программы психологического сопровождения пациентов с ожоговой болезнью повышается психическая адаптация пациентов с ожоговой болезнью, снижается тревожность и стабилизируется эмоциональное состояние, формируются адаптивные копинг-стратегии, которые формируют и повышают психический ресурс пациентов с ожоговой травмой на этапе выздоровления.

Список литературы

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
2. Качалов П.В. Когнитивная и поведенческая терапия невротоподобных нарушений у больных ожоговой болезнью. Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1988. – С. 102-107.
3. Ковпак Д.В. Как преодолеть боль. Практическое руководство психотерапевта. – СПб.: Наука и техника, 2008. – 256 с.
4. Ковшова О.С. Психосоматическая модель здоровья и болезни // Аспирантский Вестник Поволжья. – 2014. – №11. – С. 140-141.
5. Лафи С.Г. Психологические особенности травматического стресса при ожоговой болезни // Психология стресса и совладающего поведения: Материалы III Международной научно-практической конференции. – Кострома, 2013. – С. 197-200.
6. Обухова Е.В., Самсонова А.В., Асадулина Ф.Р. Особенности течения ожогового шока и ожоговой болезни у жертв террористического акта в городе Астрахани // Актуальные проблемы термической травмы: Материалы междунар. Конф., посвящ. 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию ожог. Центра. – СПб., 2002. – С. 195-195.
7. Полянина Д.А., Елифанова Н.М., Смирнов С.В. Особенности психотерапии при ожоговой болезни // Душевное здоровье человека – духовное здоровье нации: материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии. – М.: изд-во Института психотерапии, 2002. – С. 87-89.
8. Emotional Distress and Psychosocial Resources in Patients Recovering From Severe Burn Injury / Wallis H., Renneberg B., Ripper S., Germann G., Wind G., Jester A. // Journal of Burn Care and Research. – 2006. – Volume 27. – Issue 5. – P. 734-741.
9. Retrouvey H., Shahrokhi S. // Pain and the Thermally Injured Patient – A Review of Current Therapies // Journal of Burn Care and Research. – 2015. – Volume 36. – Issue 2. – P. 315-323.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Калашникова В.В.

*ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет,
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

Среди заболеваний всего населения в общей статистике, по данным Минздрава России на 2015-2016 гг., болезни пищеварительной системы занимают третье и четвертое место после болезней системы кровообращения, органов дыхания и кожно-мышечной системы. Гастрит

и гастродуоденит составляют 45% в структуре заболеваний ЖКТ среди всего населения, являются очень распространенными заболеваниями и актуальной проблемой гастроэнтерологии (4). О возможности возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЗЖКТ) под влиянием психологических факторов говорили многие авторы (Ф. Александер, Ф. Данбар, Б. Любан-Плоцца, К.М. Быков, И.Т. Курцин, В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад и другие).

В настоящее время рассматриваются не только социально-психологические факторы в становлении ЗЖКТ, но особенно актуальным остается рост числа обострений и низкая эффективность лечебных мероприятий, некомплаэнтное поведение пациентов, неудовлетворенность результатами лечения. Согласно данным, приводимым W. Brautigam, из числа больных данной патологией около 30% имеют только функциональные нарушения.

Исследование преморбидной личностной структуры и особенностей характера у больных с предъязвенными состояниями (включая гастрит), показало наличие тревожно-депрессивного радикала и аффективную ригидность (1). Считается доказанным, что основой, на которой формируются психосоматические расстройства, являются акцентуации характера с заострением определенных личностных черт преимущественно возбудимого и ригидного типа (2). Негативные эмоции в целом и способ их переживания также могут способствовать возникновению заболеваний желудочно-кишечного тракта или усугублять их течение (3).

В связи с этим своевременное выявление, психологическая коррекция и психотерапия эмоциональных нарушений имеют большое значение для предотвращения рецидивов и развития более глубоких органических поражений желудочно-кишечного тракта.

С целью оптимизации качества психологической помощи больным, находящимся в соматических отделениях Клиник СамГМУ, были исследованы больные гастроэнтерологического профиля мужского и женского пола в возрасте от 19 до 40 лет с основным диагнозом «хронический гастрит». Основную группу составили 47 человек, контрольную – 25 здоровых лиц аналогичного половозрастного состава.

Использованы следующие психодиагностические методики:

- опросник Мини-мульти;
- личностный опросник Айзенка;
- интегративный тест тревожности;
- шкала тревоги Тейлора;
- симптоматический опросник соматических жалоб по

МКБ-10.

С помощью методики Мини-мульти у пациентов с хроническим гастритом были выявлены такие характеристики личности как ипохондрия и истерия с наличием достоверных различий между основной и контрольной группами. По шкале ипохондрия (Hs) у пациентов основной группы выявлено 58,7 баллов, у пациентов контрольной – 46,9 баллов ($U=62,5$; при $p<0,002$). По шкале истерия (Hy) у пациентов основной группы выявлено 55,9 балла, в контрольной группе – 48,8 баллов ($U=79$; при $p<0,008$).

По результатам личностного опросника Айзенка, пациенты с хроническим гастритом обладали повышенной эмоциональной нестабильностью.

Исследование особенностей тревожных проявлений у больных хроническим гастритом показало наличие достоверных статистических различий между исследуемыми группами по шкалам:

- астенический компонент ситуативной тревожности у пациентов основной группы составил 7,11 баллов, контрольной – 4,1 ($U=51$; при $p<0$);

- фобический компонент ситуативной тревожности у пациентов основной группы составил 5,8 баллов, контрольной 5,0 ($U=91$; при $p<0,021$);

- астенический компонент личностной тревожности у пациентов основной группы составил 7,2 балла, контрольной 5,1 ($U=64$; при $p<0,002$);

- фобический компонент личностной тревожности у пациентов основной группы составил 56,3 балла, контрольной – 5,1 ($U=66$; при $p<0,002$). Кроме того, выявлена тревожная оценка перспективы в структуре личностной тревожности у пациентов основной группы – 7,33, контрольной – 6,0 ($U=74$; при $p<0,005$).

По методике «Самооценка психических состояний по Айзенку» выявилось наличие достоверных различий между исследуемыми группами по шкале «Тревожность»: в основной группе – 11,67, контрольной – 6,28, что подтверждают данные методики «Интегративный тест тревожности».

Среднее значение по шкале «Фрустрация» в основной группе значимо выше такового в контрольной группе (8,61 и 6,06 соответственно).

Особое внимание было уделено исследованию общесоматической симптоматики, маскирующей тревожные расстройства. С этой целью использовался опросник соматических жалоб, включающий симптомы, доминирующие при тревожных расстройствах (поМКБ-10). Опросник включает симптомы, относящиеся к груди и животу (за-

труднения в дыхании, чувство удушья, боль или дискомфорт в груди, тошноту), к психическому состоянию (головокружение, страх потери контроля), симптомы напряжения и вегетативные проявления (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту) и другие – всего 22 симптома.

В соответствии с классификацией Американской Ассоциации психиатров эпизодическая пароксизмальная тревожность имеет место в тех случаях, когда приступ страха соответствует 4 из 13 симптомов, достигают своего максимума в течение 10 минут, прекращаясь не позднее чем через два часа.

Данное исследование показало, что среди пациентов основной группы соматические симптомы действительно развивались быстро, из них 72% имели жалобы на 4 и более симптомов, которые у 28% развивались в течение 5-15 минут и прекращались через несколько часов. Исходя из полученных данных, можно говорить о наличии эпизодической пароксизмальной тревожности у 28% больных основной группы, что подтверждает их психосоматическую природу и необходимость оказания им психологической коррекции.

На основании полученных психодиагностических данных нами была разработана и реализована программа психологического сопровождения больных с хроническим гастритом и гастродуоденитом на стационарном этапе лечения.

При составлении программы учитывался доминирующий фактор психической дезадаптации, возраст, актуальное физическое и эмоциональное состояние, которые определяли стратегию психологического воздействия и выбор применяемых методов.

С каждым пациентом после психодиагностики проводились индивидуальные занятия в количестве 7-10 встреч, которые включали проработку актуальной для пациента проблемы, работу с текущим эмоциональным фоном, обучение приемам психической саморегуляции (аутогенная тренировка, релаксация, дыхательные упражнения, телесный анализ).

Исходя из высоких показателей тревожности и ипохондрии для проработки актуальной проблемы с пациентами проводился тренинг по переработке актуального конфликта в ключе позитивного направления. Последовательно прорабатывались определенные стадии: дистанцирования, конфликта, «ситуативного одобрения» с использованием рефрейминга содержания и контекста, вербализации и расширения жизненных целей. Перед выпиской каждый пациент проходил ретестирование и заполнял «контракт об автономии», где были указаны конкретные рекомендации, расписан план самостоятельных занятий. Психотерапевт

и клинический психолог старались сформировать позитивную установку на будущее, создать мотивацию к использованию полученных знаний и опыта в повседневной реальной жизни.

Таким образом, исследование особенностей тревожных проявлений у больных хроническим гастритом, показало наличие эпизодической пароксизмальной тревожности у 28% больных, что подтверждает психосоматическую реакцию и необходимость оказания психологической коррекции. Программа психологического сопровождения больных с хроническим гастритом и гастродуоденитом на стационарном этапе лечения направлена была на обучение психической саморегуляции, методам переработки актуального внутриличностного конфликта, снижения ситуативной и личностной тревожности, формированию мотивации на выздоровление и позитивную установку на будущее.

Список литературы

1. Губачев Ю.М., Жужжанов О.Т., Симененков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – 216 с.
2. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
3. Одинцова В.В. Особенности эмоциональной сферы пациентов гастроэнтерологического профиля. // Вестник СПб ГУ. – 2012. – Сер 12. – Вып 2.
4. Холмогорова А.Б. Общая патопсихология – М.: Изд. Центр «Академия», 2010.

ИНСОМНИЯ:

ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА

Каравасева Т.А.

*ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
отделение лечения пограничных психических расстройств
и психотерапии, Санкт-Петербург*

Из всех описанных в литературе расстройств сна наиболее распространены среди населения инсомнические нарушения, имеющие различную этиологию, отличающиеся широким спектром клинических проявлений. Их разнообразие и трудность подбора эффективного терапевтического воздействия определяют актуальность клинической и лабораторно-инструментальной диагностики, как необходимое условие для выбора адекватного лечения.

Согласно современной Международной классификации расстройств сна (2005), инсомния определяется как «повторяющиеся нару-

шения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся, несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна, и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида». Следует отметить, что инсомния – это диагноз синдромальный, схожие нарушения сна и бодрствования могут наблюдаться как при первичных формах этого заболевания, так и при вторичных (например, в структуре психического расстройства). Распространенность инсомнии в популяции составляет около 10% [2, 3].

Инсомния отражается на всех сферах деятельности человека – нарушается социальная и физическая активность, познавательная деятельность, существенно повышается риск развития тревожно-депрессивных расстройств, деменции, обостряются хронические сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, дерматологические и другие заболевания. По данным ряда авторов, больные с инсомнией имеют более низкие показатели качества жизни по шкалам хронической боли, эмоциональных нарушений и влияния на мыслительные способности, чем больные с такой тяжелой сердечно-сосудистой патологией, как застойная сердечная недостаточность.

Выделяют ряд этиологических причин возникновения инсомнии. Одно из первых мест по частоте встречаемости занимает психоэмоциональный фактор, воздействие которого способствует возникновению нарушений сна на фоне стрессовых воздействий или невротических нарушений. Наиболее часто инсомнии связаны с психическими факторами и потому могут рассматриваться как психосоматические расстройства. Особая роль в развитии инсомнии принадлежит тревоге и депрессии.

Нарушения сна характерны для многих психических расстройств. По некоторым данным инсомния встречается у 70% лиц с психическими нарушениями. В тоже время и на фоне соматической патологии нарушения сна не редкость.

Выделяют следующие виды инсомний:

- Адаптационная инсомния (острая инсомния). Является срывом адаптационных систем и проявляется как следствие воздействия стрессовых факторов, преимущественно психосоциальных. Переживая конфликтную или травмирующую ситуацию, нарастает внутреннее напряжение, усиливается тревожность, в связи с чем страдает фаза засыпания из-за наплыва тревожных мыслей, перераздражения нервной системы. Не редко ночной сон сопровождается тревожными или кошмарными сновидениями. При этой форме нарушений сна можно с большой уверенностью определить вызвавшую их причину. Длится адаптационная инсомния не более 3 месяцев.

- Психофизиологическая инсомния. Пролонгированные нарушения сна приводят к психологическим нарушениям, патологической фиксации и формированию «боязни сна». При этом соматизированное напряжение нарастает в вечерние часы, когда пациент пытается заставить себя скорее уснуть, что приводит к усугублению нарушений сна и усилению беспокойства на следующий вечер.

- Псевдоинсомния. Характеризуется стойким ощущением пациента «отсутствия сна», которое не подтверждается объективными исследованиями. Основными симптомообразующими факторами является нарушение восприятия собственного сна, связанное прежде всего с особенностями ощущения времени в ночной период (промежутки бодрствования ночью хорошо запоминаются, а сна – наоборот, амнезируются), и фиксация на проблемах собственного здоровья, связанных с нарушением сна.

- Идиопатическая инсомния. Нарушения сна при этой форме инсомнии отмечаются с детского возраста, и другие причины их развития исключены.

- Инсомния при психических расстройствах. Из всего спектра психических нарушений инсомния в большей степени характерна для расстройств невротического уровня. Около 70% больных психическими расстройствами невротического ряда имеют проблемы инициации и поддержания сна. Нередко нарушение сна выступает главным «симптомообразующим» радикалом, из-за которого, по мнению пациента, и развиваются многочисленные вегетативные жалобы (головная боль, усталость, сердцебиение, ухудшение зрения и т.д.) и ограничивается социальная активность.

- Инсомния вследствие нарушения гигиены сна. При этой форме инсомнии проблемы со сном возникают на фоне деятельности, приводящей к повышению активации нервной системы в периоды, предшествующие укладыванию. Это может быть употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в вечернее время или же другая активность, препятствующая инициации и поддержанию сна (укладывание в различное время суток, использование яркого света в спальне, неудобная для сна обстановка).

- Поведенческая инсомния детского возраста. Возникает, когда у детей формируются неправильные ассоциации или установки, связанные со сном (например, потребность засыпать только при укачивании, нежелание спать в своей кровати), а при попытке их убрать или скорректировать проявляется активное сопротивление ребенка, приводящее к сокращению времени сна.

- Инсомния при соматических заболеваниях. Проявления многих болезней внутренних органов или нервной системы сопровождаются нарушением ночного сна (голодные боли при язвенной болезни, ночные аритмии, болевые невротии и т.д.).

- Инсомния, связанная с приемом лекарственных препаратов или других субстанций. Наиболее распространена инсомния, возникающая при злоупотреблении снотворными препаратами и алкоголем. При этом отмечается развитие синдрома привыкания (потребность в увеличении дозы препарата для получения того же клинического эффекта) и зависимости (развитие синдрома отмены при прекращении приема препарата или уменьшении его дозы).

- Неклассифицированная инсомния неорганического характера.

- Неклассифицированная инсомния органического характера.

Инсомнические нарушения характеризуются следующими основными признаками: стойкий характер нарушений сна (они имеют место в течение нескольких ночей); возможность развития разнообразных типов нарушения структуры сна; наличие достаточного времени для обеспечения функции сна у человека (нельзя считать инсомнией недостаток сна у интенсивно работающих членов индустриального общества); возникновение нарушений дневного функционирования в виде снижения внимания, настроения, дневной сонливости, вегетативных симптомов и т.д. [3,5].

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, диагноз «бессонница» может быть поставлен при наличии ряда условий:

- Присутствуют жалобы на расстройство засыпания, непрерывного сна или низкое качество сна.

- Расстройства сна имеют место минимум 3 раза в неделю в течение не менее 1 мес.

- Имеет место чрезвычайная обеспокоенность расстройством сна ночью и повышенная обеспокоенность негативными последствиями расстройства сна днем.

- Неудовлетворительная продолжительность или качество сна ведут либо к явному дистрессу, либо оказывают негативное воздействие на социальную и профессиональную работоспособность.

Для диагностики нарушений сна применяют как клинико-anamnestический метод, так и ряд методов лабоарторно-инструментальной диагностики. При сборе анамнеза необходимо обращать внимание на следующие параметры [2]: оценка индивидуального хронобиологи-

ческого стереотипа человека, который, нередко генетически обусловлен; учет культуральных особенностей (например, сиеста – послеполуденный сон в жарких странах); анализ особенностей профессиональной деятельности (ночная и сменная работа, транстемпоральные перелеты); диагностика сопутствующей патологии (соматическая, неврологическая, психиатрическая патология, токсические и лекарственные воздействия) [2].

Объективное исследование включает в себя как анкетирование, с использованием специфических шкал, так и использования лабораторно-инструментальных методов, среди которых золотым стандартом считается полисомнография, позволяющая оценить большой спектр параметров.

При рассмотрении инсомнии в точки зрения клинической феноменологии выделяют пресомнические нарушения, интрасомнические и постсомнические. Несомненно, нельзя отрицать их возможную комбинацию в рамках одной нозологии.

К пресомническим нарушениям относят трудности начала сна, наиболее частой жалобой пациентов в этом случае является задержка засыпания. При длительном течении таких нарушений могут формироваться патологические «ритуалы отхода ко сну», а также «боязнь постели» и страх «ненаступления сна». Возникающее желание спать деактуализируется, как только больные оказываются в постели, у них появляются тягостные мысли и воспоминания, усиливается двигательная активность в стремлении найти удобную позу. Наступающая дремота прерывается малейшим звуком, физиологическими миоклониями. Если засыпание у здорового человека происходит в течение нескольких минут (3-10 мин), то у больных оно иногда затягивается до 120 мин и более. При полисомнографическом исследовании этих пациентов отмечается значительное нарастание времени засыпания, частые переходы из 1-й и 2-й стадий I цикла сна в бодрствование. Нередко засыпание больными игнорируется, и все это время представляется им как сплошное бодрствование [1].

Следующей группой нарушений сна считают интрасомнические расстройства, включающие частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущения «поверхностного» сна. Пробуждения обусловлены как внешними (прежде всего шум), так и внутренними факторами (устрашающие сновидения, страхи и кошмары, боли и вегетативные сдвиги в виде нарушения дыхания, тахикардии, повышенная двигательная активность, позывы к мочеиспусканию и др.). Все эти причины могут пробуждать и здоровых людей, обладающих хорошим сном. Но у больных с интрасомническими расстройствами резко

снижен порог пробуждения и затруднен процесс засыпания после эпизода пробуждения. Снижение порога пробуждения в значительной степени обусловлено недостаточной глубиной сна. Полисомнографическими коррелятами этих ощущений бывают увеличенная представленность поверхностного сна (1-й и 2-й стадий фазы медленного сна), частые пробуждения, длительные периоды бодрствования внутри сна, редукция глубокого сна (дельта-сна), увеличение двигательной активности [1].

Постсомнические расстройства, возникающие в ближайший период после пробуждения, – проблема раннего утреннего пробуждения, сниженной работоспособности, разбитости. Отмечается неудовлетворенность качеством сна. К постсомническим расстройствам можно отнести и неимперативную дневную сонливость. Ее особенность – трудность засыпания даже при наличии благоприятных условий для сна [1].

Нарушения сна, являясь полиэтиологичным неспецифическим синдромом, проявляется различными клиническими, нейрофизиологическими феноменами, сопровождается психологической реакцией и ведет к существенному снижению качества жизни. Несомненно своевременная и грамотная диагностика, понимание этиологических причин и патогенеза имеющихся расстройств способствует выработке индивидуальной терапевтической стратегии, направленной на эффективное восстановление пациентов и сокращение времени лечения, снижение уровня нетрудоспособности.

Список литературы

1. Ковальзон В.М. Основы сомнологии: физиология и нейрохимия цикла «бодрствование-сон» / Под общ. ред. В.М. Ковальзон. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – 239 с.
2. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / Под ред. Я.И. Левина, М.Г. Полуэктова – М.: Медфорум, 2013. – С. 233-253.
3. Young T., Finn L., Peppard P.E. et al. Sleep disordered breathing and mortality: Eighteen-year follow-up of the Wisconsin Sleep Cohort. // SLEEP. – 2008. – N. 31. – P. 1071-1078.
4. Shahid A., Chung Sh.A., Phillipson R. An Approach to long-term sedative hypnotic Use // Nature and Science of Sleep. – 2012. – N. 4. – P. 53-61.
5. Schutte-Rodin Sh., Broch L., Buysse D. et al. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults // Journal Clinical Sleep Medicine. – 2008. – October 15. – Vol. 4. – N. 5. – P. 487-504.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЦЕНОК ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ

Карнаух Н.Г.

НУЗ «ДКБ на станции Самара ОАО «РЖД», г. Самара

Интегративный подход в психотерапии привлекает внимание исследователей еще с прошлого столетия [2, 5, 16]. Несмотря на то, что многие эксперты в психотерапии все чаще находят перспективу развития этой деятельности именно в направлении интеграции [1, 3, 6, 8, 14, 16, 19], идея возможности реализации интегративного подхода в психотерапии, по-прежнему является предметом глубоких научных дискуссий [4, 9, 11, 18]. При этом активно разрабатываются все четыре возникших направления интегративного движения в психотерапии: теоретическая интеграция, поиск общих психотерапевтических факторов, ассимилятивная интеграция и технический эклектизм [10, 12, 13, 15]. С другой стороны, мы видим многочисленные примеры эффективной интеграции психотерапии в лечение различных соматических заболеваний [4, 5, 17].

С 2003 по 2005 годы на базе Дорожной клинической больницы ст. Самара проводилось изучение психологических особенностей больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от длительности и степени заболевания, а также в подгруппах с конкретными гемодинамическими показателями. Анализировалась целесообразность и эффективность применения психотерапии в комплексном ведении больных этой нозологической группы. Практическим результатом данного исследования явилось составление психотерапевтической программы для больных гипертонической болезнью с учетом индивидуальных гемодинамических и психологических показателей и интеграцией релевантных им методов и технических приемов [7].

Последующие 10 лет практического применения психотерапевтической программы не только подтвердили целесообразность ее ранней интеграции в терапию больных АГ с целью повышения эффективности лечения, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах, но и предоставили возможность дальнейшей разработки и обоснования методологических аспектов интегративной психотерапии больных АГ с учетом выявленной клинико-психологической неоднородности.

Анализ показывает, что социально-психологическая дезадаптация пациентов нарастает по мере прогрессирования гипертонии от I-й ко II-й степени. Длительность АГ сопровождают такие психические факторы, как алекситимия, ипохондричность, тревожность, эмоци-

нальная лабильность, ригидность, импульсивность, индивидуальность, интравертированность, эмотивность, дистимичность, высокая внутренняя конфликтность с внешнеобвинительным характером реакций в ситуации фрустрации, а также снижение степени социальной адаптации и формирование эргопатически-анозогнозического типа отношения к болезни.

Большое значение для прогнозирования течения данного заболевания имеют гемодинамические показатели, в частности данные СМАД о суточных ритмах САД ДАД. Больных с десинхронизацией суточного ритма ДАД характеризуют тревожный тип отношения к болезни, высокий уровень алекситимии, показателей эмоциональной лабильности, индивидуальности, интравертированности; соматизации психологического конфликта, слабая степень выраженности гипертимных черт характера и направления агрессии во вне и низкая степень социальной адаптации.

Больных с десинхронизацией суточного ритма САД отличает нарушение баланса агрессивности с преобладанием направления агрессии во вне. Наиболее дезадаптированными среди больных АГ I и II степени являются пациенты с недостаточным ночным снижением диастолического АД и ночным повышением систолического АД. Этих пациентов отличает пассивное отношение к конфликту, склонность к «уходу в болезнь» вместо продуктивного решения проблем, эгоцентричность, высокий уровень пессимистичности и тревоги.

Психотерапевтическая программа для больных АГ учитывает индивидуальные гемодинамические и психологические показатели и интегрирует соответствующие им методы и технические приемы.

Выбор применяемых психотерапевтических методов и техник определяется особенностями психосоматического реагирования данной нозологической группы. Изначально программа ориентируется на кропотливую работу с пациентами в динамическом развитии от симптоматических задач к этиопатогенетическим целям. Улучшение настроения, уменьшение или исчезновение невротической симптоматики являются базисным основанием для глубокой проработки меж- и внутриличностных конфликтов больных АГ. Конечная цель – осознание своей идентичности, восстановление самооценки, применение новых форм конструктивного поведения и креативное включение в реальность.

Всем больным с АГ интегрируются технические приемы для проработки деструктивной агрессии (в том числе разработанная нами конфронтационная техника), алекситимических черт характера, снижения эмоциональной лабильности, тревожности, пессимистичности, ригидности. Содержательные аспекты программы зависят от выявлен-

ных клинико-психологических особенностей пациентов. Больным с десинхронизацией циркадного суточного ритма ДАД, поведение которых можно охарактеризовать как неуверенное, отличающееся пассивностью и покорностью, подбираются методы психотерапии, направленные на создание компонентов эффективной уверенной реакции, тренинги асертивности. Пациентам с десинхронизацией циркадного суточного ритма САД, характеризующимся внешней агрессивностью, рекомендуются психотерапевтические методики для отработки ослабления гнева и изменения стиля конфронтации.

Применяется интегративная модель психотерапии больных АГ с использованием методов психодинамического, когнитивно-поведенческого и гуманистического направлений, рациональных и суггестивных методик, системных семейных и психодраматических подходов, гештальт-идей, конфронтационной техники и сочетания индивидуальной, коллективной и групповой форм работы.

На первых этапах для симптоматических (для ослабления отрицательного эмоционального компонента) и отчасти патогенетических целей применяются суггестивно-расслабляющие техники, аутогенная тренировка и рациональная психотерапия. Разработанная суггестивно-релаксирующая техника включает элементы гетеротренинга, релаксации, дыхательной гимнастики, слуховых упражнений и эриксоновского гипноза. Патогенетическое действие обусловлено элементами рефрейминга в трансе, прорабатывающими ситуации повышения АД. Учитываются психологические особенности больных АГ, потенцируется действие гипотензивной терапии, взаимодействие с лечащими врачами. Пассивная установка медицинской модели меняется на активную психологическую, формируется интерес к самопознанию.

Групповая работа проводится в открытой психотерапевтической группе. Терапевтическая группа обеспечивает прямой доступ к анализу психической деятельности участников группы, путем рассмотрения сети межличностных отношений. Взаимно дополняя и влияя друг на друга, участники группы создают широкое поле трансакций, внутри которого проявляют себя разнообразные паттерны привычного поведения и используемые индивидуальные психологические защиты и копинг-стратегии, индуцируются процессы переноса. Терапевтическое поле становится сценой, на которой разыгрываются как инфантильные, так и актуальные конфликтные ситуации ее членов, неосознаваемые компоненты которых распознаются в группе и становятся доступными осознанию и проработке с помощью последовательных интерпретаций переноса и сопротивления.

Группа создает условия для этой формы непосредственного терапевтического взаимодействия и обеспечивает безопасное психологическое пространство. Она предоставляет пациенту облегчающую обстановку, в которой он получает возможность проработать свои страхи относительно интернализованных объектов без того, чтобы спастись бегством в симптоматическое поведение с повышением АД.

Групповая психотерапия сочетается с индивидуальными занятиями. Вид диадного взаимодействия зависит от групповой динамики. Такая комбинация позволяет учесть психологические особенности больных АГ, долгое время считавшихся малоперспективными для психотерапевтического воздействия, особенно для группового психодинамического, и значительно уменьшает риск выхода из группы. Поддержка психотерапевта во время индивидуальной терапии дает возможность пациенту обсудить беспокоящие его взаимоотношения еще до того, как он почувствует себя готовым столкнуться с ними в группе. Параллельная индивидуальная психотерапия является продолжением групповой работы. Во время индивидуальных встреч пациент может проанализировать характер своих взаимоотношений с другими членами группы и возможные варианты будущего конструктивного поведения. Условия открытой психотерапевтической группы позволяют отработать новые формы поведения с исключением симптоматики повышенного АД. После этого больным предлагается посещение группы поддержки в устраивающем их индивидуальном режиме.

В нашей модели используется подход интеграции соответствующих научных дисциплин – медицины и психологии. Методологические аспекты психотерапевтической программы базируются на поиске общих факторов,

Синтез теоретических положений различных психотерапевтических ориентаций проводится с учетом психосоматического подхода к пониманию личности, болезни и симптомообразования. При любых формах психотерапии делается акцент на существенной роли диадных взаимоотношений психотерапевт-пациент. Исходя из потребностей лечебной практики выбираются и чередуются методы различных направлений в психотерапии. Особое внимание уделяется отработке специально разработанной конфронтационной техники.

Преобладание внешнеобвинительного направления реакций агрессии показывает, что в психотерапии больных с АГ особенно важна проработка деструктивной поведенческой тактики и агрессии пациента, в которой проявляются его конфликты, и в первую очередь такой, как конфликт идентичности. Необходимо осознать деструктивную агрессию как проблему, сделать ее доступной эмоциональному пережива-

нию и рефлексированию инсайту пациента. Тогда достигается уровень терапии, на котором возможна проработка бессознательного конфликта. Вместо использования заместительной идентичности пациент с АГ становится способным прийти к свободному от иррациональных чувств, например, вины и страха, осознанию своей идентичности, к восстановлению адекватной самооценки, благодаря расширению и применению новых форм конструктивного поведения и креативности.

В основе структурирования процесса психотерапии и выделения общих стадийных факторов находится степень осознания пациентом психосоматической природы заболевания. Пока проблема не осознается, ставится исследовательская цель, и применяется психодинамический или гуманистический подход. Основным инструментом психотерапии становится рефлексирование инсайт с проработкой индивидуальных клинико-психологических особенностей больных и болезни, а также ранее неосознаваемых потребностей пациента. Когда проблема начинает осознаваться, выбирается подход рационально-поведенческого направления с закреплением в соответствующем тренинге.

Мы выделяем безопасное, обеспечивающее поддержку рабочее пространство, в котором клиент может осмыслить свои проблемы, участвовать в самоизменении и самоисцелении, как один из самых важных общих аспектов психотерапевтической работы с больными АГ.

Выделение среди целей психотерапии достижение инсайта в отношении неосознанных паттернов поведения и научение эффективному поведению в ситуации «здесь и сейчас» приводит к интеграции с одной стороны бихевиорального и психодинамического направлений, с другой – психодинамических и гештальт-идей.

На этапе психодиагностики терапия является клиент-центрированной, т.е. фокусируется на переживаниях пациента. На этапе интерпретации более действенными становятся психодинамические и поведенческие подходы. На этапе действий основное внимание уделяется выработке новых стратегий с использованием конфронтационной техники, закреплением новых умений в «домашних» заданиях. Заключительный этап характеризуется проверкой и анализом результатов.

Для оценки эффективности традиционно учитываются изменения в соматической, психологической и социальной сферах.

С целью анализа социально-психологической эффективности психотерапии больных АГ нами предлагается специальная анкета, которая позволяет оценить степень преодоления больными отрицания психологических механизмов болезни и собственной роли в возникновении конфликтных и травмирующих ситуаций, изменения в отношениях и установках, способность преодолевать в прошлом сложные ситуации

без повышения АД с применением выработанных новых паттернов поведения и характер восстановления нарушенных семейных, профессиональных и других сфер деятельности.

Примечательными являются факты, полученные при сравнении результатов СМАД в основных и контрольных группах. Анализ 10-летнего наблюдения подтвердил полученные ранее данные.

Если достижение целевого давления при интеграции психотерапии в лечебную программу удается в среднем на 5-10% чаще по сравнению с контрольными группами, то количество случаев стабильного удерживания АД в последующее время превышает таковое в контрольных группах уже в среднем на 10-15%. Другим благоприятным воздействием психотерапии является изменение циркадного суточного ритма АД: приблизительно в 2 раза чаще в основных группах, чем в контрольных, увеличивается количество пациентов типа «dipper» (в среднем, на 11% для САД и на 13% для ДАД – в основных и на 5% для САД и на 6% для ДАД – в контрольных группах).

Таким образом, полученные результаты еще раз подтверждают справедливость подхода к АГ как к психосоматическому заболеванию и применения психотерапии не только с целью повышения эффективности антигипертензивной терапии, но и для более полной реабилитации больных ГБ, а также демонстрируют возможности интегративного подхода в психотерапии применительно к конкретной нозологической форме.

Список литературы

1. Александров А. А. Интегративная психотерапия. СПб. : Питер, 2009. 352 с.
2. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 112-113
3. Интегративные аспекты современной психотерапии // Сборник научных трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 1992. Т. 131. 160 с.
4. Исурина Г. Л. Интегративный подход в психотерапии // Российский психотерапевтический журнал. 2012. № 1-2. С. 9-20.
5. Карвасарский Б. Д. Интегративные аспекты психотерапии: основные понятия и перспективы развития // Интегративные аспекты современной психотерапии. Л. : Академический проект, 1992. С. 7-12.
6. Копытин А. И. Клиническая системная арттерапия как пример интеграции медицинского и социального аспектов психотерапии // Российский психотерапевтический журнал. 2012. № 1-2. С. 81-86.
7. Мунина Н. Г. Значение интегративной психотерапии в оптимизации лечения больных артериальной гипертензией. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2005. 127 с.

8. Психотерапия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2007. 365 с.
9. Винокур В.А. Психологические аспекты интеграции в психотерапии, системный анализ и «эффект бабочки». (Электронный ресурс) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. №1. URL: <http://medpsy.ru>
10. Ташлыков В. А. Модели интеграции в психотерапии // Российский психотерапевтический журнал. 2012. № 1-2. С. 25-28.
11. Эйдемиллер Э. Г. Проблемы интеграции в современной психотерапии: за и против. // Российский психотерапевтический журнал. 2012. № 1-2. С. 20-24.
12. Arkowitz H. Integrative Theories of Therapy // History of Psychotherapy – A century of change. (Ed. D.K. Freedheim), APA, – Washington, DC, 1992, p.261-305.
13. Arkowitz H. Integrative Theories of Therapy // Theories of Psychotherapy: Origins and Evolution. (Ed. P.L. Wachtel, S.B. Messer). APA, – Washington, DC, 1997, p.227-288.
14. Erskine R. G., Moursund J. P. Integrative Psychotherapy in Action. London. KarnacBooks, 2010. 312 p.
15. Lazarus A.A., Messer S.B. Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration // Journal of Psychotherapy Integration, 1991, 1, p.143-158.
16. Norcross J.C., Goldfried M.R.(Eds.) Handbook of Psychotherapy integration. – N.Y.: Basic Books, 1992.
17. Prochaska J. O, Norcross J. C. Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis. 8th edition. CA: Brook Cole, 2013. 557 p
18. Roth A., Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York, Guilford, 1996.
19. Stricker G., Gold J.R. Comprehensive handbook of psychotherapy integration. – N.Y.: Plenum, 1993.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МАНИПУЛЯЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Каяшева О.И.

*АНО ВО «Российский новый университет»,
кафедра общей психологии и психологии труда, Москва*

Психосоматические заболевания могут выступать в качестве средства манипуляции другими людьми в процессе межличностного общения. Психологическая манипуляция отличается скрытым воздействием на членов семьи и побуждением их к действиям, согласующимся с потребностями и интересами манипулятора и часто противоречащих запросам самих адресатов воздействия [2, 3].

С точки зрения системного подхода носитель симптома способствует сохранению патологического равновесия в дисгармоничной (дисфункциональной) семье. Подобная ситуация может отмечаться в детско-родительских и супружеских отношениях. Инфантилизм, трудности в восприятии и выражении собственных эмоций и чувств психосоматических больных затрудняют разрешение возникших семейных противоречий. Семейная система отличается в подобных случаях, как правило, ригидностью и низким уровнем адаптивности к изменяющимся внешним условиям [5].

«Носитель симптома» способствует сохранению равновесия, гомеостаза в семье, в том числе, с помощью психологической манипуляции. Позиция психосоматического больного как «жертвы» в семье позволяет ему получать необходимое внимание со стороны членов семьи и удовлетворять за их счет свои потребности. Так, ребенок в семье с помощью болезни получает поддержку родителей, которые в иных случаях не уделяют ему времени в связи с занятостью на работе, помимо этого родители сохраняют брак «из-за больного ребенка»; жена удерживает супруга, не способного оставить больную; мать противодействует сепарации взрослого сына и др. [1, 4, 5].

Манипулятивные стратегии взаимодействия в семье переносятся за ее пределы и не способствуют успешной социальной адаптации психосоматического больного, нарушая межличностные отношения в профессиональной и иных сферах жизнедеятельности. Исходя из вышеизложенного, представляется целесообразной комплексная работа с психосоматическими больными, включающая в себя, в том числе, изменение их дисфункциональных манипулятивных поведенческих моделей.

Список литературы

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматические теории и модели // Психосоматическая медицина. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - С. 48-81.
2. Доценко Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. – М.: Речь, 2003. – 304 с.
3. Знаков В.В. Методика исследования макиавеллизма личности. – М.: Смысл, 2001. – 20 с.
4. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. - М.: Институт психотерапии, 2005. - 496 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. - СПб.: Питер, 2001. - 656 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ковшова О.С.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

В ряде исследований определено, что подростки с АГ по сравнению со здоровыми имеют нарушение навыков эмоциональной коммуникации: нетерпеливость, требовательность, эмоциональную чувствительность, ипохондрию. Эмоциональный компонент отношения к болезни (чаще отрицательные эмоции) является одним из основных психологических патогенетических факторов в развитии заболевания, влияющий на ее развитие и течение [3, 4]. В семье закрепляются паттерны поведения и реагирования, они являются фундаментом психосоматического развития и реагирования подростка [1, 2, 3]. Недостаточная эффективность программ психологической реабилитации и профилактики АГ на раннем этапе развития требует поиска новых превентивных мероприятий. В месте с тем комплексное исследование факторов, участвующих в развитии АГ подростков фрагментарны и нуждается в интегративном взаимодействии клинициста, медицинского психолога и других специалистов.

Цель работы – провести программу психологической реабилитации подростков с артериальной гипертонией на основе ведущих психологических факторов семейного воспитания.

Выборка исследования. Проведено клинико-психологическое обследование 197 подростков с артериальной гипертонией (основная группа), из них 94 – мальчика и 102 – девочки. Контрольную группу составили здоровые подростки – 100 человек (50 мальчиков и 50 девочек) с идентичными биологическими и социальными характеристиками.

Методы исследования. Клинические методы исследования. Психологические методы исследования: Тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга (Тарабрина Н.В., 1984). Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (Мельников В. М., Ямпольский Л.Т., 1985). Методика – «Анализ семейного воспитания» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1990). Психодиагностический опросник «Тип отношения к болезни» (Карпова Э.Б., Вассерман Л.И., 1987). Патохарактерологический диагностический опросник (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 1973).

Статистическая обработка психологических и статистического пакета компьютерной обработки «Статистика-5,0-W»-«Корпорация STATSOFT», США, 2000.

На I-ом этапе применялся кластерный анализ (метод Варда), на II-ом этапе – дискриминантный и факторный анализ.

Нами предложена интегративная программа медико-психологической реабилитации подростков с АГ, на основе клинических и социально-психологических факторов, определяющих их психологическую дезадаптацию в болезни. Программа направлена на нормализацию клинико-функционального состояния сердечно-сосудистой системы, стабилизацию эмоционального состояния, гармонизацию отношения к болезни и коррекцию семейных и межличностных отношений. Она способствует осознанию проблем, поддерживающих болезнь, и получению навыков адаптивного поведения. В программе реализуется гуманистическое и когнитивно-поведенческое направление психотерапии. Программа проводилась с дифференцированным подходом к подросткам с учетом выявленных клинических, психологических и социальных характеристик в обследуемых подгруппах (кластерах). В основной группе подростков с АГ преобладали 3 типа реакции в ситуации фрустрации, что позволило определить каждую подгруппу и подтвердить кластерным анализом (табл. 1).

Общими психологическими характеристиками для подростков с АГ, по сравнению со здоровыми, являются следующие: формирование неадекватного эмоционального ответа на фрустрацию, заключающееся в повышенной требовательности к себе, в низкой фрустрационной толерантности и недостаточной групповой адаптации (GCR). Основанием для назначения психотерапии явилось наличие признаков психосоциальной дезадаптации в виде нарушений семейного воспитания, эмоциональной нестабильности, низкой фрустрационной толерантности и высокого индекса психосоматизации (i) по-Розенцвейгу, сенситивного и тревожного типа отношения к болезни.

Многомерный анализ позволил выявить значимые характеристики по параметрам (шкалам) теста «АСВ» с последующей оценкой их вклада методом факторного анализа с обобщениями. Представленные модели дискриминации имели высокую статистическую значимость ($p < 0,05$).

В ходе анализа дискриминантных функций параметров теста «АСВ» у подростков выявлено два общих фактора и 4 частных фактора в математической модели, в зависимости от пола. Выявленные факторы позволяют представить каждый кластер в модели с прогнозом 85%. В ходе дискриминантного анализа получены уравнения, имеющие различия по кластерам с учетом гендерных особенностей, так у мальчиков 3 кластера «эго-защитного, с высокой внешней агрессией» в семейном воспитании доминируют высокие требования-запреты (3+; T+) и игнорируются интересы ребенка (У-).

Таблица 1.
 Характеристика подгрупп (кластеров) обследуемых подростков

№	Образцы направлений и типов реакции	Семейное воспитание
1 кластер	1) NP>ED>OD; 2) E>M>I; 3) i>e>m – у девочек 3) i>E>M'=e – у мальчиков	Высокая моральная ответственность и воспитательная неуверенность (ВН – 2,0±0,3, p<0,05).
2 кластер	1) NP>OD>ED; 2) M>I>E; 3) i>M'>e – у девочек 3) M'>i>E – у мальчиков	Эмоциональное отвержение, чрезмерность требований и гиперпротекция
3 кластер	1) ED>NP>OD; 2) I>M>E; 3) E>i>M'=m- у девочек 3) i>E>M – у мальчиков	Высокие требования и запреты У(-), З(+), Т(+).
Контроль	1) ED>NP>OD; 2) E>M>I 2) 3) E>M'>m	

Примечание: кластеры представлены по типу эмоционального реагирования в ситуации фрустрации:

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

Факторным и дискриминантным анализом выведена математическая формула, описывающая тип семейного воспитания «гипертоников», мальчиков и девочек с разным направлением выражения внешней агрессии – во вне (ВГм (1)) и на себя – ауто-агрессия (ВГм (2)), которые представлены достоверно значимыми факторами, в порядке их значимости:

ВГм (1) = - 2,6 (3+) + 2,5 (Т+) × 2,5 (У-) × 2,4 (З-) + 2,3 (У+) + 1,9

ПЖК

ВГм (2) = - 0,4 (3+) + 0,5 (Т+) + 0,9 (У-) + 0,3 (З-) + 0,3 (У+) – 0,9

ПЖК

ВГм (1) – Воспитание гипертоников-мальчиков с высокой внешней агрессией

ВГм (2) – Воспитание гипертоников-мальчиков с высокой ауто-агрессией

ВГд (1) = 8 (Н) + 4,6 (З-) – 5,9 (ВН) -3,7 (ФУ) + 3,5 (У+) -3,6 (С-)

ВГд (2) = 1,5 (Н) – 0,6 (З-) – 1,9 (ВН) + 0,98 (ФУ) + 1,3 (У+) – 1,2

(С-)

ВГд (1) – Воспитание гипертоников-девочек с высокой внешней агрессией

ВГд (2) – Воспитание гипертоников-девочек с высокой ауто-агрессией

Примечание: З(+)-чрезмерность требований-запретов; Т(+)-чрезмерность требований обязанностей; У(+)-потворствование; У(-)-игнорирование потребностей ребенка; З(+)-чрезмерность требований-запретов; З(-)-недостаточность требований-запретов; ПЖК – предпочтение женских качеств; ВН – воспитательная неуверенность; ФУ – фобия утраты

С помощью статистически значимых переменных, включенных в модель с вероятностью p<0,05 можно провести классификацию подростков, вошедших в кластер. Выше представлены статистически значимые шкалы теста «АСВ», включенные в модели и дана вероятность распознавания с помощью данной модели разновидности кластеров – 85%.

У подростков с АГ, выявленные нарушения семейного воспитания, как первичные психологические факторы становления навыков и поведения, возможно повлияли на формирование эмоциональной нестабильности и нарушили адаптивное социальное взаимодействие и отношение в болезни.

Проводилась психотерапевтическая работа в двух группах с учетом направления эмоционального реагирования, поэтому подростки 1-ого и 2-ого кластеров были объединены в единую психотерапевтическую группу в связи с доминированием необходимо-упорствующих реакций на фрустрацию (NP>ED>OD; NP>OD>ED) и преобладанием высокой моральной ответственности в семейном воспитании (табл.1).

Работа проводилась дифференцированно в 2-х психотерапевтических группах:

1 группа – подростки 1-2 кластера, дифференцированный подход к этим подросткам состоял в повышении самооценки, самоосознании неадаптивного поведения, научение и отреагирование эмоционального состояния.

2 группа – подростки 3 кластера, дифференцированный подход к которым состоял в самоосознании поведения в конфликтных ситуациях, обучении методам конструктивной конфронтации и повышения творческих ресурсов личности (музыкотерапия, рисование, творческая деятельность, арттерапия и другие).

На заключительном этапе определялась эффективность психотерапии, проводилась беседа и психотерапевтическое занятие по налаживанию конструктивных форм детско-родительского общения, позитивная мотивация пациентов к продолжению работы в психотерапевтической группе на постгоспитальном этапе.

Интегративные модели по тесту «АСВ» в 85% случаев диагностируют доминирующий тип воспитания на фоне ведущего кластера, что повышает не только эффективность диагностического обследования, но способствует более раннему назначению психологической коррекции выявленных нарушений.

Список литературы

1. Ковшова О.С. Психологическое сопровождение и психотерапия семьи с тяжелым соматическим заболеванием. -В Сб. «Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии, клинической психологии семьи и детства...». – СПб., 2013. - с. 201-204.
2. Ковшова О.С. Психосоматические взаимоотношения при артериальной гипертонии подростков. В Сб. «Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике».- СПб., 2014.-с.89-94
3. Ковшова О.С. Психосоматические взаимодействия – основа психологической реабилитации АГ подростков.- Сб. Психосоматического Конгресса. - СПб., 2016.-с.98-103.
4. Майданник В.Г., Корнев М.М., Хайтович М.В., Богмат Л.Ф. Діагностика та класифікація первинної артеріальної гіпертензії у дітей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 6. – 3-10.

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Кошанская А.Г., Винокур В.А.

*ФБГОУ ВО «Адыгейский государственный университет»,
г. Майкоп, Адыгея,
ФБГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург*

Сахарный диабет (СД) II типа является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн 800 тыс. пациентов с СД 2 типа, в 2014 г. количество больных составило 387 млн, а к 2035-му оно может увеличиться до 592 млн. [9]. По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД II типа. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений [8]. Контингент больных с впервые выявленным СД II типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65-80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов. Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда заболевший вовремя обращается в медицинские учреждения. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, и не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений. Большинство больных с впервые выявленным СД II типа, которым впервые ставят диагноз сахарный диабет, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по несколько раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований. Больным сложно представить, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда. Больные с впервые выявленным СД II типа нуждаются в индивидуальной психологической поддержке. Хорошо, если такую поддержку они получают от близких людей:

мужа/жены и детей/внуков, но, к сожалению, именно родные люди часто не помогают, а усугубляет ситуацию. Больные и их родственники пытаются как можно больше узнать об этом заболевании: ищут информацию в Интернете, обращаются к авторитетным знакомым за советом, знакомятся с рекомендациями нетрадиционной медицины, ходят «по бабкам-знахаркам», и не спешат обращаться за квалифицированной помощью. В ряде случаев больные с впервые выявленным СД II типа не придают серьезного значения соблюдению терапевтического режима, что усугубляет прогрессирование микро- и макрососудистых осложнений СД, особенно если у них уже имеются сердечно-сосудистые заболевания – артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов, ишемическая болезнь сердца (ИБС). Поиск оптимальных психологических подходов, повышающих медицинскую и экономическую эффективность лечения является одной из основных задач современной диабетологии (Дедов И.И., 2003). Результатом решения этой задачи станет достижение стабильной компенсации заболевания, тесно связанного с осуществлением больными терапевтического самоконтроля. За последние годы разработаны и внедрены различные структурированные программы группового обучения в «Школах диабета», но усвоить их и сохранить компенсацию углеводного обмена удается, к сожалению, не всем больным, что связывают с эмоциональными нарушениями и низкой мотивацией обучения самоконтролю заболевания.

Индивидуальный подход при оказании психологической помощи больным с впервые выявленным сахарным диабетом II типа позволит определить характер отношения больного к трудностям в целом и к соматическому неблагополучию в частности, понять его способность к самостоятельному и конструктивному поведению, изучить опыт преодоления проблем в подобных ситуациях, определиться с возможностью формирования установки на приобретение нового опыта и знаний. Больных с впервые выявленным сахарным диабетом II типа необходимо научить регулировать свой контрольный и терапевтический режим в соответствии с актуальным уровнем гликемии, физической активностью, наличием сопутствующих заболеваний, с особенностями профессиональной и семейной жизни. Способность разбираться в нюансах течения своего заболевания, обогащать представления относительно возникающих трудностей контроля за СД, понимать закономерности, механизмы развития СД в направлении достижения желаемого соматического состояния дает больному надежную систему ориентиров в проблемных ранее ситуациях течения заболевания.

Психологическое сопровождение должно носить как индивидуальный, так и системный характер, содержащий гибкий тактиче-

ский подход с комплексом методов, направленных на мотивирование пациента в достижении адекватного контроля заболевания. Знание особенностей течения заболевания необходимо учитывать при оказании психологической помощи больным с впервые выявленным СД II типа, что предполагает необходимость взаимодействия специалистов разных клинических дисциплин. Врач-эндокринолог, психотерапевт и медицинский психолог в форме побуждений и предложений помогут больному с впервые выявленным СД II типа адаптивно думать, чувствовать и действовать. После прохождения ряда индивидуальных консультаций больным с впервые выявленным СД II типа необходимо продолжить процесс обучения в Школе диабета, которая направлена на объяснение группе больных психолого-социальных аспектов жизни с диабетом. Благодаря взаимодействию больных с СД II типа в группе активизируются дополнительные резервы совладания с болезнью, связанные с взаимной поддержкой больных, ощущением принятия, обмена личным опытом, что существенно повышает собственные возможности преодоления специфических для человека проблем с диабетом.

Для адаптации больных с впервые выявленным СД II типа к хроническому течению заболевания в рамках индивидуального подхода при оказании психологической помощи необходимо знание эмоционально-личностных особенностей, оказывающих выраженное влияние на поведение пациента. Многие больные склонны фиксировать свое внимание на сложностях своей жизни, систематически воспроизводя их в своем сознании, что блокирует способность к конструктивному мышлению и фактически останавливает процесс компенсации диабета. Наличие различных психосоциальных проблем часто приводит к тому, что лечение СД у таких больных крайне затруднительно. Реакциями на стресс у больных, которым не удается справиться с психологическими проблемами, являются разной степени выраженности тревожные и депрессивные состояния, злоупотребление алкоголем, сокращения частоты самоконтроля гликемии, нарушения диеты, пропуски приема сахароснижающих препаратов и т.д. Следует отметить, что некоторые пациенты самостоятельно преодолевают данные трудности, но большинство нуждается в регулярном психологическом индивидуальном сопровождении. В связи с этим представляется актуальной и перспективной разработка научно обоснованного индивидуального подхода при оказании психологической помощи больным с впервые выявленным сахарным диабетом II типа с целью повышения клинической эффективности терапии СД и качества жизни с учетом психосоматических нарушений и подбором индивидуальной оптимальной психологической коррекции, способствующей не только адаптации к заболеванию, но и нормализации психологического

состояния больного с компенсацией углеводного обмена. Одной из важных задач для специалистов, оказывающих психологическую помощь данной категории больных, является формирование ценностно-смысловой саморегуляции, позволяющей пациенту снижать уровень разнообразных стрессов, эффективно разрешать внутренние конфликты, повышать личностную идентичность и стабилизировать самооценку. Для этого необходимо снижать активность психологических защит, таких как вытеснение, рационализация, проекция, реактивные образования, которые препятствуют осознанию и осмыслению пациентом своей жизни [7]. Использование больными данных видов защит способствует искажению реальности, препятствует адекватному осознанию и полноценному пониманию влияния их поведения на собственную жизнь. Для решения психологических проблем необходимо ориентировать больных с впервые выявленным СД II типа на новые и конструктивные взгляды, решения и действия с установкой на результат. Обычно больные переживают ситуацию соматического неблагополучия эмоционально, не воспринимая проблемную ситуацию как умственную задачу. Поэтому важна коррекция эмоциональных нарушений, проявляющихся в виде высокого уровня алекситимии, депрессии, апатии, внешней и внутренней агрессии [1]. Отмечено, что больные испытывают эмоции, сходные с реакциями горя и потерь. Данное эмоциональное состояние возникает из-за множества ограничений, риска развития соматических осложнений, вызывающих ощущение потери контроля над собственной жизнью и будущим, что способствует формированию инвалидной жизненной позиции. При этом многие пациенты считают свое заболевание результатом воздействия внешних факторов, случайностей и практически не прилагают собственных усилий для его восстановления. Смещение локуса контроля в сторону интернальности, повышение терапевтического комплайенса за счет повышения когнитивной сложности мышления больных способствуют компенсации диабета.

Таким образом, процесс активности больного с СД, направленный на приобретение новых форм опыта и грамотного участия в лечении может быть достигнут при реализации индивидуального подхода оказания психологической помощи больным с впервые выявленным сахарным диабетом II типа с последующим продолжением обучения в Школе диабета. В рамках индивидуального подхода психологическая адаптация больных с впервые выявленным СД II типа к хроническому течению заболевания возможна при активизации собственных психологических ресурсов личности для выработки активной жизненной позиции, коррекции ценностных ориентаций, изменении системы отношений с окружающими, снятии эмоциональной напряженности, связанной с

заболеванием, развитию способности регулировать свое эмоциональное состояние. Этому способствует соблюдение больными с самого начала постановки диагноза терапевтического режима, улучшение эмоционально-личностной сферы больных в виде снижения уровня алекситимии, депрессивного состояния и перевода экстерналистского локуса контроля в интернальный, что приведет к нормализации клинических показателей и профилактике сосудистых осложнений.

Список литературы

1. Балаболкин М.И. Новые возможности лечения сахарного диабета типа 2 / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Кремская // Ремедиум. 2004. - N 11. - С.28-36.
2. Вассерман Л. И. Психодиагностические критерии в оценке совладающего со стрессом поведения у больных сахарным диабетом / Л.И. Вассерман, Н.П. Ванчакова, Ю.С. Астахов, Е.А. Трифонова, Ф.Е. Шадричев, В.Г. Береговский, Н.Б. Холезова // Психиатрические аспекты общемедицинской практики. – СПб.: Санкт-Петербургский психоневрол. ин. им. В.М.Бехтерева, 2005. – С. 99–100.
3. Доскина Е.В. Новые возможности ведения больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа / Е.В. Доскина, И.И. Кочергина // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология. 2013. – Спецвыпуск № 1 «80 лет кафедре эндокринологии и диабетологии ГБОУ ДПО РМАПО», 2013. – С. 56-60.
4. Кошанская А.Г. Взаимосвязи психологических и клинических характеристик у больных сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения / А.Г. Кошанская. – Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб, 2007.
5. Коркина М.В. Роль психогенного фактора в этиологии и патогенезе сахарного диабета / М.В. Коркина, Е.В. Елфимова // Российский психиатрический журнал. – 2004. – №3. – С. 15–18.
6. Лобанова Е.В. Реакция на болезнь у больных сахарным диабетом / Е.В. Лобанова, С.П. Генайло // Сибирский вестник психиатрии и наркологии: научно-практическое издание. Томск, 2005. -N2. – С.89-93.
7. Мотовилин О.Г. Психологические аспекты сахарного диабета / О.Г. Мотовилин, Е.В. Суркова и др./ Вопросы психологии и психиатрии в практике лечения сахарного диабета – М., 2008. – С. 22-34.
8. Diabetes Atlas, 6th ed. IDF, 2015 // www.idf.org/diabetesatlas
9. Guariguata L., Whiting D.R., Hambleton I. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035 // Diabetes Res. Clin. Pract. 2014. Vol. 103. № 2. P. 137–149
10. Wasserman L.I., Trifonova E.A. Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships // The Spanish Journal of Psychology. – 2006. – Vol. 9, N.I. – P. 75–85.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ

Куличенко А.Д.

ФДПО Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, Москва

В исследование, проведенное на базе ФГБУ «Объединенная больница с поликлиникой» УДП РФ были включены 105 пациентов с диагнозами соматизированное расстройство СР (26 человек), недифференцированное соматоформное расстройство НСФР (29 человек), устойчивое соматоформное болевое расстройство УСБР (26 человек), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, СДВНС (24 человека). Все участники были разделены на две группы. Пациенты основной группы получали комбинированное лечение, сочетавшее когнитивно-поведенческую терапию и фармакотерапию по показаниям. Пациенты контрольной группы получали фармакотерапию.

Психотерапевтические интервенции производились с учетом дифференцированного подхода, клинической и патопсихологической специфики различных вариантов соматоформных расстройств, на основе интегративной когнитивно-поведенческой модели. Длительность курса психотерапии составляла 20 сессий¹ в индивидуальном формате, длительностью по 1 часу, частотой 1 раз в неделю для всех категорий пациентов.

Результаты лечения измерялись по клиническим показателям (общее клиническое впечатление), а также по уровню соматизации (показатель опросника SCL-90-r). Кроме того, оценивалось качество жизни пациентов до лечения и после его окончания.

Все пациенты были разделены на три группы – респондеров (клиническое выздоровление), частичных респондеров – симптомы сохранялись, при этом их интенсивность уменьшилась, количество сократилось), нон-респондеров – пациентов, чье состояние осталось клинически неизменным.

Анализ показал, что комбинированное лечение более эффективно в лечении СФР, чем фармакотерапия (рис. 1): доля пациентов, полностью излечившихся, составила 40% (14% на медикаментозном лечении). Отсутствие результата лечения наблюдалось менее чем у

¹ Стандарт первичной медико-санитарной помощи при невротических расстройствах, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, в амбулаторных условиях (Приказ Минздрава России №1215н)

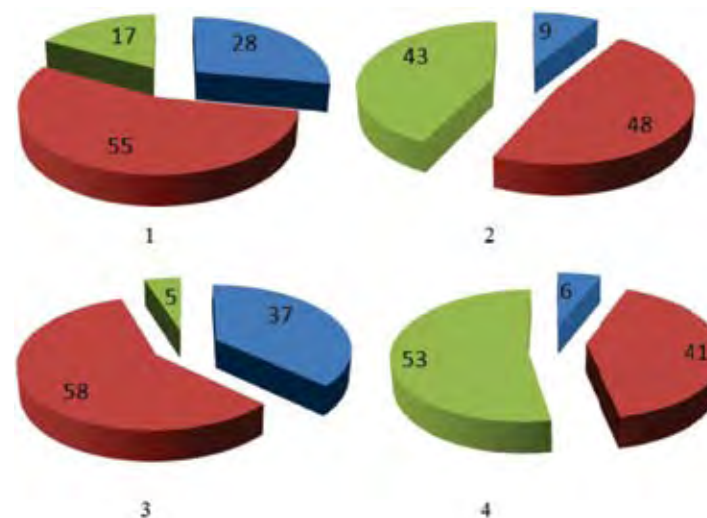


Рис.1. Результаты лечения при разных видах терапии по всем диагнозам (в%). Синие столбики – контрольная группа, красные – основная; 1 – полное выздоровление, 2 – сохранение отдельных симптомов, 3 – результат терапии не наблюдается.

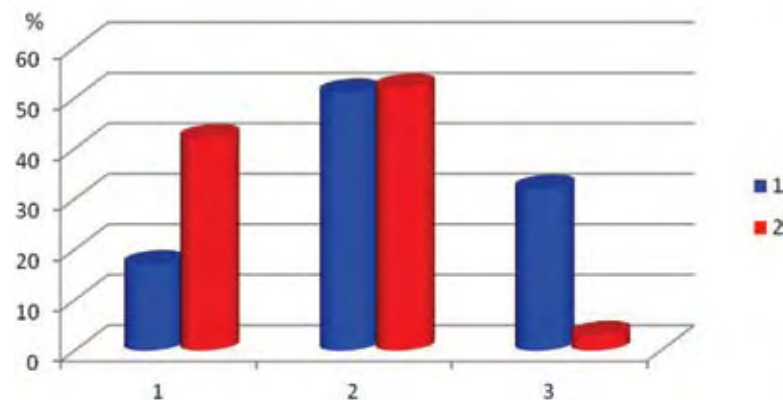


Рис.2. Динамика показателей МН, РН (SF-36) в основной и контрольной группах.

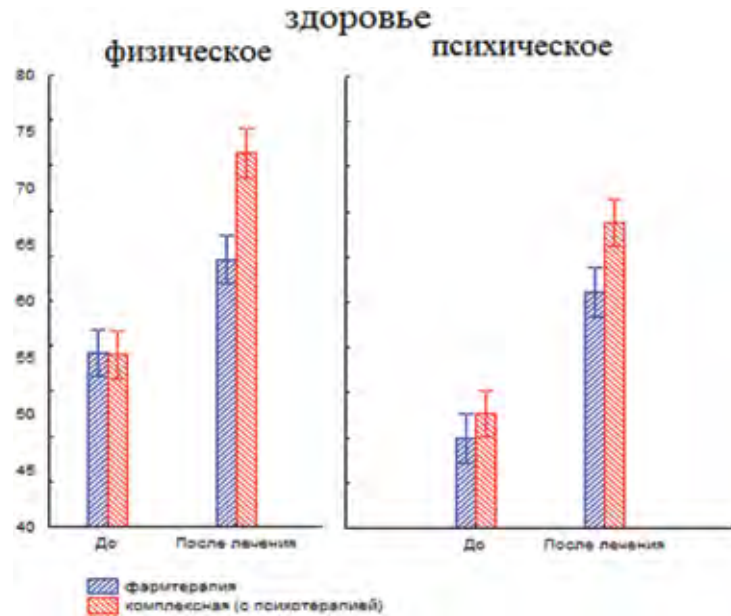


Рис.3. Доли выздоровевших (зеленый цвет сектора), частично выздоровевших (красный) и не выздоровевших (синий) пациентов (в%). 1 – СР, 2 – НСФР, 3 – УСБР, 4 – СДВНС

5% пациентов при применении комбинированного лечения, и у 30% пациентов, получавших фармакотерапию. Доли частичных респондеров разделились примерно поровну в основной и контрольной группе (около 48%). Показано высокодостоверное различие между комбинированным лечением и фармакотерапией ($p=0.001$ (ANOVA)).

Анализ интегративных показателей физического и психического здоровья (МН, РН) по опроснику качества жизни SF-36 показал следующие результаты. В основной группе показатель физического здоровья после лечения был существенно выше, чем в контрольной. При этом по показателю психического здоровья в обеих группах эффективность лечения была практически одинаковой (рис. 2).

При сравнительном анализе эффективности лечения у пациентов различных клинических вариантов СФР выявлено следующее. Наибольшая эффективность терапии (53% респондеров) среди пациентов с СДВНС, НСФР (43%). Наименьший ответ на терапию (5% респондеров) – в группе пациентов с УСБР, чуть больше (17%) в группе СР (рис. 3).

По данным анализа шкал опросника SCL-90-r, наибольшую эффективность комбинированная терапия показала в отношении соматизации (SOM), обсессивности-компульсивности (OK), межличностной чувствительности (INT), враждебности (HOS), фобий (PHOB). Высокая, примерно равная эффективность комбинированного лечения и фармакотерапии отмечалась в динамике аффективных показателей (тревожность (ANX), депрессивность (DEPR); выраженность паранойяльности (PAR) оставалась неизменной.

Таким образом, эффективность комбинированного лечения СФР, по сравнению с фармакотерапией не представляет сомнений. При этом отмечаются различия терапевтической динамики в зависимости от клинического варианта СФР, его патопсихологической структуры, тяжести симптоматики, длительности заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Курбанов К.М., Тарханов В.С., Тарасенко Ж.Л.

ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», лечебно-диагностический отдел, г. Астрахань

В последние годы значительно возрос интерес к изучению психопатологических явлений, протекающих в форме различных соматических функциональных расстройств. Приближение психиатрической помощи к населению, с одной стороны, и повышение качества соматического обследования, с другой, привели к уточнению границ функциональной патологии, в результате чего значимость последней оказалась существенно большей, чем это можно было предположить. Так, по данным, полученных при совместной соматической и психиатрической диспансеризации сотрудников одного из крупных промышленных предприятий, распространенность такого рода расстройств составила 280 на 1000 населения (Гиндикин В.Я., 1995). По данным различных авторов, частота соматоформных расстройств составляет от 15 до 50%, а в общей медицинской практике от 30 до 57% (Смулевич А.Б., 2001).

Возникновение и сохранение симптоматики при соматоформных расстройствах тесно связано с неприятными жизненными событиями, трудностями или конфликтами, пациент обычно противится попыткам обсуждения возможности ее психологической обусловленности. Часто наблюдается некоторая степень истерического

поведения, направленного на привлечение внимания, особенно у лиц, которые негодуют в связи с невозможностью убедить врачей в преимущественно физической природе своего заболевания и в необходимости продолжения дальнейших осмотров и обследований (Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф., 1988).

К соматоформным расстройствам отнесены следующие подгруппы (по МКБ – 10):

- соматизированное расстройство – F 45.0;
- недифференцированное соматоформное расстройство – F 45.1;
- ипохондрическое расстройство – F 45.2;
- соматоформная вегетативная дисфункция – F 45.3;
- хроническое соматоформное болевое расстройство – F 45.4;
- другие соматоформные расстройства – F 45.8;
- соматоформное расстройство неуточненное – F 45.9.

Большие трудности представляет собой правильная и своевременная диагностика соматоформного расстройства. Такие пациенты проходят сложные диагностические процедуры, нередко врачи склоняются к оперативному лечению, здесь часты случаи зависимости от анальгезирующих средств. Нередко временное облегчение наступает от нетрадиционных методов терапии или в результате инвазивных вмешательств (хирургическое лечение). В пользу соматоформного расстройства свидетельствует и своеобразие реакций на диагностические вмешательства и симптоматическую терапию: парадоксальное облегчение от диагностических манипуляций; тенденция к смене ведущего соматического синдрома (от обострения к обострению, а иногда и в рамках одной фазы); нестойкость полученного терапевтического эффекта; склонность к идиосинкразическим реакциям.

Таким образом, учитывая высокую частоту, вариабельность, диагностические сложности, склонность к хронизации и рецидивирующему течению психосоматических заболеваний, а также субъективную для пациента их негативную аффективную окрашенность и физические страдания, которые они приносят, особо важным и актуальным становится вопрос о методах правильного и наиболее эффективного лечения соматоформных заболеваний в максимально короткие сроки (Полторак С.В., 2003). Лечение соматоформных расстройств представляет собой сложную задачу, для решения которой необходимо использование как психофармакотерапии, призванной снизить тревожность пациента, отвлечь его от негативных и ипохондрических переживаний, так и психотерапии, направленной на патогенетические мишени, способствующие возникновению заболевания. Из средств психофармакотерапии для лечения соматоформного расстройства используются различные препа-

раты из групп нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов и многие другие. Испытанным и эффективным методом лечения соматоформных расстройств представляется применение элементов гештальт-терапии, направленной на понимание пациентом своего заболевания, его осознания, освобождения во время психотерапевтических сессий заблокированных эмоциональных переживаний, как положительных, так и отрицательных, приемы «разговора» со своей болезнью, путешествие в глубину своих чувств, телесных ощущений, внутренних образов (Прохазка Дж., Норкросс Дж., 2005).

На базе психотерапевтического отделения учреждения было проведено статистическое исследование эффективности методов лечения соматоформных расстройств, целью которого являлся сравнительный анализ эффективности лечения пациентов с соматоформными расстройствами двумя различными методами: психофармакотерапией и психофармакотерапией в сочетании с индивидуальной психотерапией с элементами гештальт-терапии, и определение наиболее оптимального сочетания психотерапии и фармакотерапии. Для реализации цели и задач исследования были отобраны 2 группы пациентов с соматоформными расстройствами (38 женщин, 22 мужчины), каждая по 30 человек в возрасте 23-54 лет. Основными критериями отбора явились: превалирование в клинической картине соматоформных расстройств на всем протяжении страдания; отсутствие признаков соматической патологии (в т.ч. органического поражения ЦНС); отсутствие выраженной аффективной патологии и признаков прогрессивности, которые указывали бы на сопряженность соматоформных расстройств с эндогенными психическими заболеваниями. Пациенты первой группы получали только медикаментозное лечение, а пациенты второй группы, наряду с лекарствами, соответственно индивидуальную психотерапию с элементами гештальт-терапии.

В качестве медикаментозного лечения были использованы препараты из группы трициклических антидепрессантов и СИОЗС (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин, флуоксетин, пароксетин, флувоксамин, сертралин), нейролептиков (тиаридазин, алимемазин, хлорпротиксен), транквилизаторов (диазепам, мезапам, нозепам, феназепам), бета-адреноблокаторов (пропранолол, атенолол), ноотропов (пирацетам, винпоцетин, фенибут, пикамилон, гопантеновая кислота), карбамазепин в малых дозах.

Основной метод исследования – клинический. Верификация соматоформной патологии проводилась с помощью физикального исследования, а также необходимых лабораторно-инструментальных исследований (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭЭГ, М-ЭХО, рентгенография и др.).

У данных групп испытуемых были использованы следующие психодиагностические методики:

- опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90,
- симптоматический опросник Александровича,
- шкала Гамильтона для оценки тревоги,
- Методика «тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).

Результаты исследования.

1. Эффективность фармакотерапии соматоформных расстройств препаратами из группы антидепрессантов, нейролептиков, транквилизаторов проявляется главным образом в симптоматическом действии.

2. Комплексный подход с привлечением индивидуальной психотерапии с элементами гештальт-терапии, к лечению больных с соматоформными расстройствами является более эффективным, чем изолированная фармакотерапия, поскольку позволяет в более короткие сроки достичь не только симптоматического улучшения, но и способствует изменениям познавательного характера в сфере личностных установок и убеждений, касающихся в первую очередь самопринятия и выработки более реалистичного отношения к себе, отражая тем самым позитивные изменения в личностном функционировании.

3. Включение фармакотерапии и индивидуальной психотерапии с элементами гештальт-терапии в программу лечения больных с соматоформными расстройствами, соответствуют принципам доказательной медицины.

Результаты проведенных исследований могут быть использованы в практической работе врачей-психотерапевтов, психиатров, клинических психологов, как в форме теоретического обоснования патогенетических основ развития соматоформных расстройств в зависимости от социальных и личностных особенностей пациента, так и для применения максимально эффективных и краткосрочных методов их лечения.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Курбатова Е.Г.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,
кафедры медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

Неблагополучная семейная ситуация и дисгармоничные внутрисемейные отношения являются значимыми факторами, детерминирующими психосоматическое неблагополучие индивида.

Динамика психосоматических заболеваний проходит последовательно от периода предрасположенности (психосоматогенной семьи) до периода хронизации (определенности форм и типов течения психосоматического заболевания) и исхода (соматоневрологических осложнений) [5].

Н. Stierlin (1978) описал «психосоматогенные семьи» как характеризующиеся наличием жестких стереотипов коммуникации с авторитарностью старшего («делай, как я тебе сказал») из-за чего дети в них отстают в эмоциональном развитии («связывание»), «отказом» ребенка от своей личности («отторжение»), нереалистичным восприятием родителями ребенка как продолжения себя – собственных устремлений и амбиций – без учета его актуальных способностей («делегирование») [6].

Психосоматический больной часто является «носителем проблем» семьи [2]. Психосоматогенная семья не только порицает свободное выражение ощущений и чувств, в результате чего у ребенка формируются стереотип терпения (не принято открыто реагировать на боль) и алекитимия (не принято открыто отреагировать свои отрицательные эмоции), но учит ребенка рассматривать причины боли и болезни как собственную вину («ты не сделал, как я тебе сказал»). Соматизация аффекта выступает как стиль семейной адаптации к трудностям, проблемам, как стереотип, фактор избегания неудач или ухода от ответственности. Использование симптома для извлечения выгоды начинает активно включаться в жизнь ребенка как реакция на любые трудности [5].

Впоследствии из такого ребенка вырастает взрослый, который доводит себя до тяжелого состояния, так как когда он был маленьким, для него намного важнее было, как чувствуют себя родители, а не он сам [4].

Одновременно психосоматогенная семья, по выражению С. Минухина, функционирует лучше всего в тот момент, когда кто-то в ней болен [3]. При неспособности такой семьи к конструктивному разрешению конфликтов, ее члены направляют большие усилия на избегание внутрисемейной конфронтации, а болезнь одного из членов семьи – благовидный предлог объединиться для его лечения. Таким образом, за счет больного в семье создается патологическое равновесие.

Однако так же как выявляются отличия в персональной психологической конфигурации и функционировании больных с разными психосоматическими заболеваниями, можно обнаружить особенности функционирования и их семейных систем.

Одним из «классических» психосоматозов является артериальная гипертония. В России по данным на 2015 год, гипертонической болезнью страдают более 40% взрослого населения [1]. Из них эффективно лечится только каждый десятый. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65%. Чрезвычайная распро-

страненность гипертонической болезни диктует необходимость пристального внимания и детального изучения этого психосоматического расстройства медиками и психологами.

Данное исследование проводилось на базе отделения факультетской терапии Клиник СамГМУ в апреле-мае 2016 года. В нем приняли участие 20 пациентов в возрасте от 57 до 69 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом «гипертоническая болезнь 2 стадии». Контрольную группу составили 17 относительно здоровых индивидов от 58 до 68 лет.

Методы исследования: опросник «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (FACES-3) (Д. Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави; адаптирована М. Перре в 1986 году) позволяет проанализировать, как члены семьи в данное время воспринимают свою семью и какой бы они хотели ее видеть; опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ) (Э.Эйдемиллер, В.Юстицкис, 1999) предназначена для изучения общего фона переживаний индивида, связанного с его позицией в семье, с тем, как он воспринимает себя в семье.

Средний показатель сплоченности в семьях больных гипертонической болезнью – 46,2 балла – достоверно превышает нормативный (39,8±5,4 балла) ($p<0,01$). При этом их семьи чаще характеризуются экстремальным уровнем семейной сплоченности (50% семей – «сцепленные»). Остальные 50% семей пациентов распределились по уровням сплоченности следующим образом: «связанные» («объединенные») – 25%, «разделенные» – 20%, разобщенные – 5%.

В контрольной группе преобладали «разделенные» и «связанные» семьи (40% и 30% соответственно), в то время как «сцепленный» уровень сплоченности был выявлен только у 20% семей.

Можно сказать, что семьи больных гипертонической болезнью чаще всего характеризуются большой эмоциональной близостью и верностью семейным требованиям, члены семьи очень взаимозависимы и интенсивно реагируют друг на друга, наблюдается общая нехватка личной отстраненности и оставляется мало места для личного «пространства». Энергия семьи в основном фокусируется на самой семье. В семьях респондентов контрольной группы в большинстве случаев между членами семьи существуют некоторая близость и соприкосновение, но время, проведенное порознь, для них важно, у каждого есть свои собственные интересы.

Большая часть больных гипертонической болезнью в исследовании по степени адаптации отнесли свои семьи к ригидным (60%), второе по частоте место занимает мнение о семье как о структурированной системе (20%). В контрольной группе превалировали структурированные семьи (30%), гибких и хаотичных оказалось поровну (по 25%).

Таким образом, семьи больных гипертонической болезнью чаще представляют собой семейные системы с авторитарным стилем влияний, роли четко определены, решения навязываются, правила не меняются, выполнять их заставляют. Они водят в группу риска по нарушению адаптации, не могут быстро приспособиться к изменяющимся условиям и возникающим стрессам, что препятствует переходу на новый этап жизненного цикла семьи. В отличие от них семьи группы контроля менее жестко устроены, дисциплинарные методы в них демократичны, роли разделены, в правилах бывают изменения.

Статистический анализ показал достоверные отличия основной и контрольной групп исследования по уровням сплоченности и адаптации семьи ($p<0,01$).

Анализ семейной тревоги показал, что в семьях больных гипертонической болезнью суммарный показатель семейной тревоги повышен (15,4 балла) в основном за счет шкал семейной вины и напряженности. Больные в достоверно большей степени испытывают неадекватное чувство ответственности за все отрицательное, что происходит в их семье, и ощущение неспособности выполнения семейных обязанностей. Они испытывают малоосознаваемую неуверенность в каком-то значимом аспекте семейной жизни, ощущение вмешаться в ход событий в семье, сомневаются, опасаются конфликтов, неприятностей, которые могут произойти с членами семьи.

С позиций системного подхода, психосоматическое расстройство одного члена семьи является отражением дисфункции всей семейной системы. Поэтому и «пациентом» должна являться вся семья в целом. Необходимо проведение семейной диагностики с итогом в виде постановки семейного диагноза, под которым понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них [2].

Данное исследование – только первый шаг к рассмотрению и сравнению особенностей внутрисемейных взаимоотношений психосоматических больных с различными заболеваниями, что в дальнейшем позволит оптимизировать психологическую помощь таким пациентам через коррекцию функционирования их микросоциумов.

Список литературы

1. Гипертония. Статистика и еще раз статистика [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ianews.ru/articles/952/> (Дата обращения: 15.09.2016).
2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 563 с.
3. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 304 с.

4. Погодина Е. Психосоматика у детей взгляд психолога [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://mama.tomsk.ru/health/healtharticles/psichosomatika.html> (Дата обращения: 15.09.2016).
5. Сидоров П.И., Новикова И.А. Синергетическая концепция формирования психосоматических заболеваний // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17. – вып.3. – С.76-81.
6. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис. – СПб.: «Питер», 1999. – 656 с.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Лукошкина Е.П., Васильева А.В., Каравасева Т.А.

*СПб ГКУЗ «ПНД №4»,
ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Санкт-Петербург*

В настоящий момент все более актуальным становится вопрос о влиянии психики на развитие соматической патологии, в том числе онкологических заболеваний. За последние десятилетия был проведен ряд исследований, посвященных роли психосоциальных факторов в манифестации, развитии и течении злокачественной патологии. Среди факторов риска наиболее распространенными являются тяжелая утрата, определенные личностные особенности, а также стрессовые жизненные эпизоды. Однако подавляющее большинство научной литературы по данной теме игнорирует фундаментальные методологические вопросы, и лишь в последнее время стал учитываться дизайн исследования, как важный методологический фактор. Исключение влияния искажающих факторов, корректировка данных в связи с различиями в конкретных нозологиях онкологического заболевания и наличия сопутствующих заболеваний, использование объективных источников данных в ряде случаев были проигнорированы в научных работах в данной области. Сегодня, однако, все больше исследователей полностью признают необходимость таких соображений.

Первые попытки изучить роль психики в этиологии онкологических заболеваний были предприняты в 1930-е годы, когда психоаналитически ориентированные исследователи приехали в Соединенные Штаты и ввели психодинамическую формулировку соматического заболевания. В отличие от исследований, проведенных за многие годы, которые выявили основные факторы риска онкологического заболевания,

включая курение табака, употребление алкоголя, диеты, ультрафиолетовое излучение, идею, что психологические факторы являются причиной по крайней мере некоторых случаев заболевания было почти невозможно доказать. В середине 1950-х годов были опубликованы первые работы, которые утверждали что стресс, тенденции личности и образ своего тела являются важными факторами риска. Однако научно-исследовательские работы не были междисциплинарными, а психодинамическое движение придавало так много значения роли эмоциональным аспектам, не уделяя достаточного внимания остальным, уже доказанным факторам, что врачи и медицинский персонал, которые фактически взаимодействовали с больными, достаточно быстро потеряли интерес к этой идее.

В последующие десятилетия, доступ к современным пакетам программного обеспечения и постоянный интерес к взаимосвязи между психикой и онкологическим заболеванием привело к многочисленным публикациям в научной литературе. Наиболее тщательно изученными являются 3 вида психосоциальных факторов риска, а именно стрессовые жизненные события, депрессии и особенности личности.

Исследования, посвященные роли стрессовых жизненных событий в этиологии онкологического заболевания.

Lillberg K. et al. провели крупное когортное исследование 10 519 женщин в возрасте от 18 лет и старше, в котором исследовалась связь между стрессом и возникновением онкологии молочной железы. Ежедневный стресс оценивали дважды на протяжении 6 лет, путем опросников – самоотчетов, и испытуемые были разделены на три группы: без стресса (23% женщин), небольшой стресс (68%), и тяжелый стресс (9%). Авторы выделили 205 случаев заболевания онкологией молочной железы, и выявили, что для женщин с сильным стрессом соотношение рисков оказалось парадоксально меньше, чем для женщин с незначительным стрессом [1].

В крупном исследовании Kroenke C.H. et al., посвященном здоровью медсестер в Соединенных Штатах, 69,886 женщин в возрасте 46-71 лет отвечали на вопросы, связанные с неформальным уходом за больными. Авторы предположили, уровень рабочего стресса будет связан с заболеваемостью онкологией молочной железы. На протяжении 8 лет наблюдения было выявлено в общей сложности 1700 случаев заболевания злокачественной патологией. Анализ включал в себя информацию о репродуктивных факторах, семейной истории рака молочной железы, особенностях образа жизни, наличию депрессивных симптомов и уровню стресса. Авторы не обнаружили, что стресс, связанный с уходом за пациентами повышает риск развития онкологии молочной железы [2].

Два других доклада, Schernhammer E.S. et al. и Nielsen N.R. et al., основанных на исследовании здоровья медсестер, также не обнаружили никакого увеличения риска у женщин, которые сообщили о высоком уровне напряжения в своей повседневной трудовой жизни. Оба исследования были проведены как когортные и имели корректировку на ряд других факторов, имеющих отношение к риску развития заболевания. Исследование Nielsen N.R. et al. было также посвящено связи между стрессом и стадией заболевания на момент постановки диагноза, однако не обнаружило, что стресс влияет на прогностические характеристики болезни [3, 4].

Таким образом, ни одно из крупных когортных исследований, с информацией из административных регистров, не нашли доказательств того, что рабочий стресс или тяжелые жизненные события связаны с повышенным риском развития злокачественной патологии.

Депрессия как фактор риска развития злокачественных новообразований

В когортном исследовании Dalton S.O. et al., проведенном в Дании, были обследованы 89,491 взрослых, которые были госпитализированы в больницу с диагнозом депрессия в период с 1969 по 1993. Среди данных пациентов были диагностированы в общей сложности 9922 случаев заболевания злокачественной патологией. Риск развития опухолевого процесса увеличивался в течение первого года после госпитализации, в частности, опухоль головного мозга встречалась наиболее часто. Когда в первый год наблюдения был исключен, увеличение заболеваемости было обусловлено главным образом увеличением риска развития онкологии, связанной с употреблением табака. Эти выводы не дают никакой поддержки гипотезы, что депрессия увеличивает риск развития онкологических заболеваний, но они подчеркивают что депрессия может иметь вредный эффект на образ жизни [5].

В финском катанестическом исследовании Aho A.R. et al. 10 892 женщины в возрасте 48-50 лет были отслежены на заболеваемость онкологией молочной железы в течение 6-9 лет. Опросник включал пункты о наличии депрессии, личностных особенностях, отношении к болезни, жизненных событий и анамнеза болезни. Данные были скорректированы для исключения влияния социально-экономических факторов, семейной истории рака, и поведения в отношении здоровья. В данном исследовании также не было получено никаких доказательств того, что депрессия, тревога, циничное недоверие, или непродуктивные копинги повышает риск развития рака [6].

Крупное исследование, проведенное Оксфордской Национальной службой здравоохранения в Великобритании было пос-

вящено пациентам, которые были госпитализированы с депрессией или тревогой. Было исследовано 525 436 пациентов. Авторы исключили людей, которые имели онкологический диагноз на первом записанном приеме для психического расстройства, чтобы избежать неправильной классификации. Авторы не выявили повышенный риск развития всех нозологий онкологического заболевания среди 27,818 людей, страдающих депрессией или в 24,292 людей с тревогой. Когда первый год наблюдения был исключен, относительный риск развития рака легких была незначительно увеличена в обеих [7].

В большинстве исследований, в которых проводилась оценка рисков влияния депрессии на развитие онкологического заболевания, статистически значимое увеличение не наблюдалось, или увеличение было замечено только в некоторых слоях. Повышенные риски были выявлены для видов злокачественной патологии, связанных с курением, таких как опухоль легочной ткани. Таким образом, наиболее простым объяснением положительных результатов в некоторых исследованиях может быть образ жизни пациентов, страдающих депрессией. Однако депрессивный компонент не может быть полностью исключен.

Исследования роли личностных черт в этиологии онкологического заболевания

В крупном когортном исследовании Lillberg K. et al. были исследованы степень удовлетворенности жизнью и невротические черты личности у 12 032 женщин. В течение 21 года наблюдения было выявлено 238 случаев заболевания онкологией молочной железы согласно регистру онкологических заболеваний Финляндии. Авторы не обнаружили связи между показателями удовлетворенности жизнью и невротизмом и риском развития злокачественной патологии. Эти выводы были подтверждены в дополнительных тестах, которые включали тест Айзенка на экстраверсию, опросник на поведение типа А, и разработанный исследователями тест враждебности [8].

Strumer T. et al. провели когортное исследование в Германии, посвященное измерению показателей заболеваемости онкологией и смертности от рака у 5114 женщин и мужчин в возрасте 40-65. Опросники включали исследование личностных черт, и участники были прослежены на протяжении 8,5 лет. За это время 240 человек были госпитализированы со злокачественной патологией или скончались от заболевания. Авторы сообщили об отсутствии связи между параметрами личности и манифестацией или смертностью от заболевания, после корректировки статистических данных касаясь влияющих факторов образа жизни, сопутствующих заболеваний и семейной историей рака [9].

В японской культуре существует понятие «Икигай» – означающее ощущение собственного предназначения в жизни, которое является существенным фактором для поддержания здоровья. Японские словари определяют «икигай» как «что-то, ради чего человек живет», радость и цель жизни или счастье и благо быть живым. В когортном исследовании, проведенном Wakai K. et al. приняли участие 31,992 японских женщин в возрасте 40-79 лет. В течение 7,5 лет наблюдения было зафиксировано в общей сложности 149 случаев заболевания онкологией молочной железы на основе медицинских записей о диагнозе или смертности. Женщины, которые отмечали у себя «икигай» характеризовались значительно более низким риском развития злокачественной патологии. В исследовании также фиксировались 2 других фактора, легкость возникновения гнева и самооценка стресса в повседневной жизни, которые не были связаны с риском развития рака молочной железы [10].

Таким образом, приведенные исследования не указывают на связь между чертами личности и риском развития злокачественной патологии.

Выводы. В данном обзоре приведены хорошо разработанные когортные исследования, которые охватывают довольно большие группы населения, с четким дизайном исследования, приемлемой длительностью наблюдения и учетом факторов, которые могли быть исказить результаты. Кроме того, использование административных источников в данных исследованиях практически полностью исключает предвзятость отбора. На основании данного обзора следует вывод, что психосоциальные факторы, такие как стресс, депрессия и личностные черты не играют главную роль в возникновении злокачественных заболеваний.

К сожалению, на настоящий момент все исследования, посвященные данному вопросу имеют ряд методологических ограничений, что делает окончательное решение о причинности трудно достижимым. Любой вывод должен принять во внимание качество исследований, будь то за или против. С методологической точки зрения, некорректно использовать исследования с дизайном случай-контроль, поскольку такие исследования имеют ряд важных недостатков. Такой дизайн исследования может быть применен только при использовании данных из административных источников, в которых собирается информация для целей, не имеющих ничего общего с гипотезой исследования.

Среди требований к будущим исследованиям, следовательно, являются предпочтение проспективным данным, более четкие определения воздействия изучаемого фактора, повторные измерения, а также более длительный период наблюдения для выявления большего количества случаев. В исследования также необходимо включать информацию о

других четко определенных факторах риска развития заболевания, чтобы выяснить, как они влияют на исследуемую взаимосвязь.

Социально-экономические характеристики и поведение испытуемых в отношении своего здоровья становятся новыми аспектами в понимании взаимосвязи между психикой и риском развития рака. В будущих исследованиях необходимо тщательно рассмотреть вопрос, является ли здоровый образ жизни промежуточным, а не искажающим фактором во взаимосвязи между психологическими факторами и развитием злокачественной патологии.

Хорошо известно, что люди, находящиеся в стрессовой ситуации, страдающие депрессией или выражающие определенные черты личности отличаются от других в отношении к своему здоровью. Это утверждение верно для курения, употребления алкоголя, диеты и физической активности. Некоторые исследования подтвердили эту модель, находя более высокие риски для видов онкологических заболеваний, связанных с нездоровым образом жизни. Таким образом, понимание психосоциальных факторов риска может иметь большее влияние на здоровье населения, если сосредоточиться на изменении образа жизни людей, подвергшихся воздействию стресса, которые демонстрируют определенные черты характера и страдают депрессией.

Список литературы

1. Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koskenvuo M. Stress of daily activities and risk of breast cancer a prospective cohort study in Finland. *Int J Cancer*. 2001; 91:888-893
2. Kroenke C.H., Hankinson S.E., Schernhammer E.S., Colditz G.A., Kawachi I., Holmes M.D. Caregiving stress, endogenous sex steroid hormone levels, and breast cancer incidence. *Am J Epidemiol*.2004;159:1019-1027.
3. Schernhammer E.S., Hankinson S.E., Rosner B., Kroenke C.H., Willett W.C., Colditz G.A., Kawachi I. Job stress and breast cancer risk: The Nurses Health Study. *Am J Epidemiol*.2004;160:1079-1086.
4. Nielsen N.R., Stalhberg C., Strandberg – Larsen K., Kristensen T.S., Zhang Z.F., Hundrup Y.A., Gronbek M. Are work-related stressors associated with diagnosis of more advanced stages of incident breast cancer? *Cancer Causes Control*. 2008;19:297-303.
5. Dalton S.O., Mellekjaer L., Olsen J.H., Mortensen P.B., Johansen C. Depression and cancer risk: a register-based study of patients hospitalized with affective disorders, Denmark 1969-1993. *Am J Epidemiol*. 2002; 155:1088-1095
6. Aro A.R., De Koning H.J., Schreck M., Henriksson M., Anttila A., Pukkala E. Psychological risk factors of incidence of breast cancer: a prospective cohort in Finland. *Psychol Med*.2005;35:1515-1521.

7. Goldacre M.J., Wotton C.J., Yeates D., Seagroatt V., Flint J. Cancer in people with depression or anxiety: a record-linkage study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:683-689
8. Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koskenvuo M. A prospective study of life satisfaction, neuroticism and breast cancer risk (Finland). *Cancer Causes Control.* 2002a; 13:191-198.
9. Strumer T., Hasselbach P., Amelang M. Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *BMJ* 2006;332:1359-1365.
10. Wakai K., Kojima M., Nishio Люб Suzuki S., Niwa Y., Lin y., Kondo T., Yatsuya H., Tamkoshi K., Yamamoto A., Tokudome S., Toyoshima H., Tamakoshi A. *Psychological*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Лучшева Л.М., Леушина А.В.

Новокузнецкий институт (филиал)

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»,
кафедра общей и прикладной психологии, г. Новокузнецк*

Актуальность изучения психологических особенностей больных со злокачественными новообразованиями определяется нерешенностью ряда вопросов о взаимоотношениях психологических факторов с возникновением и развитием этих новообразований (Александр, 2002). В настоящее время изучением взаимоотношений психологических особенностей личности и соматических процессов занимается психосоматическая медицина, психоонкология, клиническая психология, патопсихология, психология личности и др. Возникновение и течение заболевания определяется влиянием психологических особенностей личности на характер, эффективность лечения, продолжительность, качество дальнейшей жизни и возможность эффективной социально-трудовой реабилитации. Важным является обеспечение адаптации человека к данной ситуации за счет умения анализировать, осознавать свои возможности, контролировать свое поведение в определенных условиях.

У психически и физически здорового человека социальная адаптация не вызывает сомнений, но негативные проявления болезни, безусловно, окажут влияние на психику больного, которому поставлен онкологический диагноз. Кризисные ситуации, возникающие в период длительного и неизлечимого заболевания становятся особенно сложно разрешимыми. Одной из важнейших психологических проблем является выраженность эмоциональной реакции личности больного на его забо-

левание. Таким образом, для ориентирования больного на продуктивную социальную жизнь, адаптацию в обществе необходима коррекция психологического состояния, эмоционального реагирования, а также создание адекватных установок совладания со стрессовой ситуацией в условиях болезни.

Проанализировав исследования зарубежных и отечественных авторов (Айзенк, 2001; Мадди, 2002) можно утверждать, что психологические особенности личности больных имеют определенную структуру с явно выраженными акцентуированными чертами, наличием депрессивного, тревожно-депрессивного и ипохондрического синдромов. Больным свойственна алекситимия, незрелость личности, низкая самооценка, конформность, низкая способность адаптироваться к сложным условиям (Александр, 2002). От психологических особенностей человека, от умения адекватно реагировать и переживать стресс, от его адаптационных возможностей зависит выраженность реакции на заболевание. Одним из важнейших факторов социальной адаптации больных с онкологическим заболеванием является поддержка не только близких людей, но и помощь, и поддержка общества (Василюк, 1984).

На базе Новокузнецкого клинического онкологического диспансера нами было проведено исследование, целью которого являлось выявление психологических особенностей личности больных с онкологическим заболеванием в зависимости от локализации опухолевого процесса. Гипотеза исследования заключалась в том, что психологические особенности личности больных с онкологическим заболеванием в зависимости от локализации опухолевого процесса имеют различия, а именно: у больных, с диагнозом рак легких: застревающая акцентуация характера, эмотивная акцентуация темперамента; низкий уровень контроля, ситуативной тревожности, позитивной агрессивности, конфликтности и самооценки; у больных, с диагнозом рак кардиального отдела желудка и нижней трети пищевода: педантическая акцентуация характера, циклотимическая акцентуация темперамента, высокий и средний уровень контроля, высокий уровень ситуативной тревожности, средний уровень позитивной агрессивности, конфликтности и самооценки.

Для подтверждения гипотезы были применены следующие методики: Тест-опросник «Акцентуации характера» Г. Шмишека, К. Леонгарда; Тест жизнестойкости Сальваторе Мадди (адаптация Д.А. Леонтьева); Тест Спилбергера-Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности; Методика «Личностная агрессивность и конфликтность» Е. П. Ильина, П. А. Ковалева; Экспресс-диагностика уровня самооценки (Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов).

В исследовании приняли участие 63 пациента отделения толстокишечной хирургии с подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования.

Результаты, полученные в ходе исследования по методике Тест-опросник «Акцентуации характера», позволяют констатировать, что у 52% респондентов застревающая акцентуация характера, сопровождающаяся патологически стойким, длительным во времени аффектом. У 42% респондентов выявлена педантичная акцентуация характера, что выражается подробным переживанием обид, постоянными, усиливающимися колебаниями и сомнениями, проявлением навязчивости и психастении. У 46% испытуемых выявлена эмотивная акцентуация темперамента, которая характеризуется чувствительностью, глубокими реакциями, впечатлительностью; 43% респондентов характеризуются циклотимической акцентуацией темперамента, что проявляется частой сменой настроений.

Результаты, полученные по методике «Тест жизнестойкости Сальваторе Мадди» позволяют предположить, что большая часть респондентов (72%) характеризуется низким уровнем жизнестойкости. Неумение преодолевать постоянную тревогу, неопределенность, отсутствие копинг-стратегий, обуславливает большое внутреннее напряжение в стрессовых ситуациях, неумение адаптироваться в сложных, предложенных жизнью условиях, усиливает негативные проявления стресса.

По методике «Тест Спилбергера-Ханина» выявлено, что у 52% респондентов средний и у 11% низкий уровень ситуативной тревожности. У 37% испытуемых выявлен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, что говорит о выраженной эмоциональной реакции на болезнь.

Результаты, полученные по методике «Личностная агрессивность и конфликтность», показали, что у 49% испытуемых низкий уровень конфликтности, характеризующий их как людей, не готовых защищать и собственные интересы. У 48% испытуемых выявлен средний уровень конфликтности, что говорит о возможности уступать, идти на компромиссы и попытке отстаивать собственные интересы. У 32% респондентов выражен средний уровень самооценки и у 68% низкий уровень самооценки, что говорит о несформированной системе смыслов индивида, ориентированность на оценку себя окружающими.

Чтобы оценить различия психологических особенностей в двух группах, был применен статистический анализ с использованием параметрического *t*-критерия Стьюдента. Для этого осуществлялось сравнение двух групп: первая группа – пациенты с диагнозом рак легких, и вторая группа – пациенты с диагнозом рак нижней трети пищевода

и кардиального отдела желудка. Критерий применяется в случае соответствия эмпирического распределения нормальному виду. Поскольку в нашем случае эмпирические распределения по всем признакам приближены к нормальному виду ($p \leq 0,05$), следовательно, применение критерия является корректным.

Респонденты с онкологическим заболеванием легких, характеризуются следующими психологическими особенностями: застревающая акцентуация характера ($T = -11,5$, $p \leq 0,001$), эмотивная акцентуация темперамента ($T = -3,6$, $p \leq 0,002$), низкий уровень ситуативной тревожности ($T = -4,3$, $p \leq 0,001$), низкий уровень конфликтности ($T = -3,8$, $p \leq 0,001$), низкий уровень самооценки ($T = -5,5$, $p \leq 0,001$). Респонденты длительно переживают стресс, отсутствие склонности к самовнушению подразумевает постоянную нуждаемость в поддержке извне для подтверждения собственной значимости. Обидчивость, подозрительность, заикленность на своих переживаниях мешают испытуемым адекватно оценить стрессовую ситуацию и найти приемлемый выход из положения, происходящее воспринимается как невыносимые и непоправимые события, что подтверждается низким уровнем жизнестойкости. Низкая самооценка выставляет приоритетность общественного мнения над своим собственным. Сложность в принятии решений и ответственности за свою судьбу и здоровье, нахождение в стационаре и глубокая уверенность в абсолютной помощи врачей и их ответственности за его выздоровление подтверждается низким уровнем ситуативной тревожности (Костюк, 2015).

У респондентов с диагнозом рак желудка и нижней трети пищевода, выявлены такие психологические особенности как: педантичная (ананкастная) ($T = -11,5$, $p \leq 0,001$) и циклотимическая акцентуация темперамента ($T = -3,6$, $p \leq 0,002$), высокий уровень ситуативной тревожности ($T = -4,3$, $p \leq 0,001$), высокий и средний уровень контроля ($T = -3,8$, $p \leq 0,001$), средний уровень конфликтности ($T = -3,8$, $p \leq 0,001$) и средний уровень самооценки ($T = -5,5$, $p \leq 0,001$). Педантичная акцентуация характеризуется почти полным отсутствием механизмов вытеснения, что заставляет испытуемых тянуть с решением проблем. И даже после мучительного принятия решения они будут сомневаться в его правильности, жалеть о том, что можно было сделать лучше. Наличие минимальной опасности, постоянные сомнения в отношении своего здоровья приводят педантичных личностей в состояние паники, что подтверждается высоким уровнем ситуативной тревожности. Циклотимическая акцентуация темперамента усиливает проявления акцентуации характера за счет перепадов настроения. Колебание между тем или иным решением постепенно набирает высоту и приводит к глубоким аффектам. Эти «раскачивания» от одного

полноса к другому негативно влияют на нервную систему, проявляясь различными вегетативными нарушениями. Низкий уровень вовлеченности, отсутствие интереса и удовлетворения собственной деятельностью, а также уверенность в случайности событий и влиянии на жизнь внешних факторов не соответствует представлению респондентов о том, что они сами контролируют собственную жизнь. Высокий и средний уровень негативной агрессии говорит о том, что в силу своего темперамента респонденты отличаются перепадами настроения, вспыльчивостью. Добросовестность, аккуратность, серьезность дают респондентам некоторую уверенность в себе и позволяют отстаивать свои интересы, что характеризуется средним уровнем позитивной агрессии.

Таким образом, в ходе исследования были выявлены общие психологические особенности личности онкологических больных с диагнозом рак легких и диагнозом рак кардиального отдела желудка и нижней трети пищевода: акцентуированность характера и темперамента, усиливают отдельные черты, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим, что влияет на выраженность эмоциональной реакции в стрессовых ситуациях. Низкий уровень жизнестойкости говорит об отсутствии адаптивности к сложным жизненным условиям, низкий уровень конфликтности не позволяет респондентам отстаивать собственные интересы. Низкий уровень самооценки респондентов способствует тому, что они подстраиваются под интересы общества в ущерб своим собственным, а невозможность соответствовать этим интересам способствует развитию депрессивного синдрома и внутриличностного конфликта.

Список литературы

1. Айзенк Г. Исследования человеческой психики. Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 480 с.
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение Москва : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. Москва : Изд-во Московского университета, 1984. – 200 с.
4. Костюк И. П. Профилактика онкологических заболеваний (WWW документ): основы онкологии г. Ленинград 2015 год / И. П. Костюк. – Режим доступа: <http://www.lood.ru/essentials-of-oncology/prevention.html>
5. Мадди С. Теории личности: сравнительный анализ. – Санкт-Петербург : Изд-во «Речь», 2002. – 486 с.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ

Ляшковская С.В.

*ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
научно-организационное отделение, Санкт-Петербург*

К настоящему моменту накоплено достаточно теоретико-методических обоснований для клинического применения метода личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП), неоднократно исследована и доказана ее эффективность при лечении больных с невротическими расстройствами. Однако для построения дифференцированных стратегий этого метода соотносительно с разными типами невротических расстройств и формулирования рекомендаций по тактике и стратегии выбора тех или иных интервенций необходимо учитывать персонализированные параметры психотерапевтического процесса – клинико-психологические и личностные особенности пациентов, содержательные характеристики разных этапов психотерапии.

Проведено исследование, задачами которого были: теоретическое обоснование понятия «мишеней психотерапии» и разработка их классификации, исследование индивидуальной среднесрочной ЛОРП у больных невротическими расстройствами, изучение динамики клинико-психологических характеристик пациентов с разными типами невротических расстройств в процессе проведения индивидуальной ЛОРП, выявление психотерапевтических мишеней при проведении индивидуальной среднесрочной ЛОРП у больных с разными типами невротических расстройств, исследование связи изменений клинико-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии с выбором врачами-психотерапевтами мишеней психотерапии с учетом клинических и личностных особенностей пациентов.

Было обследовано 150 больных с невротическими расстройствами, проходивших лечение в отделении внебольничной психотерапии и в отделении лечения пограничных психических состояний и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева в 2007-2014 гг. Основным методом лечения у них была индивидуальная ЛОРП, медикаментозного и других видов лечения исследуемые больные не получали. Индивидуальная ЛОРП проводилась в течение 2,5-3 месяцев, занятия проводились 2 раза в неделю, длительностью по 60 минут.

В исследование были включены также врачи-психотерапевты, применяющие в своей работе метод ЛОРП, у которых изучались представления о мишенях проводимой ими психотерапии с помощью полуструктурированного интервью. Интервью проводилось однократно в конце курса психотерапии.

Под термином «психотерапевтическая мишень» предлагается рассматривать «проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психологический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического процесса».

Предлагаемая классификация психотерапевтических мишеней опирается на предположение о том, что любая из определяемых мишеней психотерапии будет относиться к одной из следующих пяти групп, отражающих возможные плоскости определения психотерапевтических мишеней в условиях психотерапевтического процесса:

I – клинические проявления невротического расстройства у пациентов, проходящих психотерапию;

II – личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющие на возникновение и динамику расстройства;

III – параметры психотерапевтического взаимодействия в рамках психотерапевтического процесса;

IV – обстоятельства жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенное и патопластическое влияние на расстройство;

V – теоретические понятия, сформулированные в терминах психотерапевтических методов.

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику в зависимости от этапа психотерапевтического процесса.

На 1-м этапе лечения преобладающими являлись мишени из III группы, связанные с формированием терапевтических отношений, сравнительно реже выбирались мишени из II и V группы. На 2 этапе психотерапии врачи выбирали преимущественно мишени из II группы (относящиеся к личностной сфере) и V группы (связанные с представлениями о терапевтических задачах в рамках ЛОРП). Основные усилия терапевта были направлены на повышение уровня рефлексии (иными словами, на расширение сферы осознания своих внутриличностных и межличностных процессов), на проработку внутриличностного конфликта, а также отдельные компоненты этиопатогенеза невротических расстройств – самоотношение, самооценку, трудности в близких отноше-

ниях, недостаток осознания характера своих отношений с людьми, механизмы психологической защиты, недостаток осознания чувств, сильные негативные эмоции, гипернормативность, нарушение саморегуляции, проблемное поведение и другие личностные феномены, участвующие в поддержании невротической системы отношений. На 3-м, заключительном этапе фокус внимания врача-психотерапевта смещался в сторону поведенческой сферы, самыми частыми мишенями были «недостаточная интеграция терапевтического опыта», «недостатки поведенческих моделей», «проблемы целеполагания», «трудности в решении актуальных жизненных проблем». И одной из самых значимых задач становится преодоление «зависимости от психотерапевта и психотерапии». Эта мишень входит в перечень 15-ти самых часто выбираемых в целом, что может говорить о большом клинико-психологическом значении этого явления в психотерапевтическом лечении.

Выбор мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику также в зависимости от типа невротического расстройства. При сравнении частоты выбора разных мишеней между тремя группами пациентов с разными типами невротических расстройств выявлена достоверная разница в частоте следующих мишеней:

- при истерическом типе сравнительно чаще применялись мишени: «Неадекватная внутренняя картина болезни», «Завышенная ценность положительной оценки со стороны окружающих», «Нарушения самооценки», «Уровень притязаний», «Проблемы целеполагания», «Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом», «Механизмы вторичной выгоды болезни», «Отношения с психотерапевтом».

- при обсессивно-фобическом типе сравнительно чаще применялись мишени: «Нарушения саморегуляции», «Трудности в отношениях с людьми противоположного пола», «Недостаток доверия к психотерапевту», «Недостаток самораскрытия пациента в процессе психотерапии», «Эмоциональное напряжение во время сессий», «Социальная изоляция (дефицит социальных связей)», «Гипернормативность».

- при неврастеническом типе чаще применялись следующие мишени: «Неустойчивость настроения (эмоциональная лабильность)», «Сниженное настроение» «Психотравмирующие переживания», «Нарушения саморегуляции», «Трудности в близких отношениях», «Недостатки поведенческих моделей», «Эмоциональное напряжение во время сессий», «Актуальная психотравмирующая ситуация», «Недостаточная психологическая компетентность», «Перфекционизм».

Таким образом, при наличии универсальных мишеней, определяемых общими для всех невротических расстройств задачами индивидуальной ЛОРП, существуют различия в направленности психотерапевтических интервенций, связанные с разными типами невротического расстройства.

Анализируя динамику клинико-психологических показателей в процессе психотерапии у пациентов, включенных в исследование, можно отметить следующее.

Симптоматическое состояние, личностные особенности и характеристики защитно-совладающего поведения у всех обследованных больных с невротическими расстройствами претерпели положительную динамику в процессе индивидуальной ЛОРП – у них значительно снизилась субъективная интенсивность симптоматики, её разнообразие, выраженность дистресса, улучшились навыки взаимодействия с окружающими, стала более адекватной самооценка, повысилась адаптивность поведения.

В процессе психотерапии отмечалась специфика динамики клинико-психологических и личностных характеристик у больных с разными типами невротического расстройства:

- у больных с истерическим типом, изначально с более высокими показателями симптоматического опросника и их достоверной положительной динамикой в процессе психотерапии, остались выше нормы, после лечения они более адекватно оценивали свои способности и качества личности, у них снизилась импульсивность, избыточный контроль выполнения формальных норм и правил, они чаще стали использовать конфронтационный копинг и принятие ответственности;

- у больных с обсессивно-фобическим типом изначально более низкие значения по всем шкалам симптоматического опросника, за исключением обсессивности-компульсивности, в процессе психотерапии достигают уровня нормативных значений, у них также повышается эмоционально-позитивное отношение к себе, оценка своих волевых качеств, усиливается решительность, снижается гипернормативность, становится выше показатель социального одобрения, они чаще используют проблемно-ориентированные копинг-стратегии;

- у больных с неврастеническим типом существенно нормализуется симптоматическое состояние, снижаются избыточный контроль, повышается спонтанность в поведении, снижается интенсивность бегства и избегания в копинг-стратегиях, снижаются изначально завышенные показатели по шкалам самоконтроля, поиска социальной поддержки и принятия ответственности, повышается стратегия эмоционального дистанцирования.

Таким образом, в результате психотерапии субъективная интенсивность психопатологических симптомов снизилась у больных всех типов невротических расстройств. Специфика динамики симптоматических проявлений была связана преимущественно с характером изменений по отдельным шкалам. Наиболее выраженные изменения отмечались в группе больных с обсессивно-фобическим и неврастеническим типами расстройства. Больные с истерическим типом в меньшей степени положительно отреагировали на психотерапию, сохраняя симптоматические показатели на повышенном, по сравнению с нормативными значениями уровне, что может быть связано с фиксацией на имеющихся нарушениях.

Изменения показателей личностных опросников в большей степени свидетельствуют об улучшении межличностного функционирования пациентов, при этом касаются специфичных для разных типов невротического расстройства факторов: неадекватной самооценки при истерическом типе, решительности и волевых усилий – при обсессивно-фобическом, гиперконтроля и гиперответственности – при неврастеническом.

На оптимизацию психотерапевтического лечения влияют клинико-психологические, личностные особенности и ресурсы адаптации больных с невротическими расстройствами (в соответствии с типом невротического расстройства, выраженностью симптоматики, индивидуально-психологическими характеристиками больных), а также выбор тех или иных мишеней психотерапии на разных этапах психотерапевтического лечения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Мостовая Л.И.

*ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России,
кафедра медицинской психологии и психотерапии, г. Самара*

Кожа – орган человеческого организма, занимающий особое место, что связано с его многочисленными функциями, не только физиологическими, но и психологическими.

Полифункциональность кожи обуславливает большое количество возможных заболеваний этого органа. Заболевания кожи отличаются рядом общих характерных особенностей, среди которых длительность, упорство и непредсказуемость течения заболевания, тягостные ощущения зуда и боли, внешне заметный, уродующий характер высыпаний, приводящие к значительному снижению качества жизни больных, их невротизации, к развитию депрессивных состояний [4].

Но не только кожные ощущения влияют на психическое состояние, психологические проблемы, в свою очередь, также способны приводить к развитию дерматологической симптоматики. Исследователи (Ф. Александер, Н. Пезешкиан, В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад) отмечают связь обострений нейродермита с психотравмирующими ситуациями. В. Бройтигам и коллеги пишут, что приступы заболевания часто возникают на фоне переживания выраженных аффектов, ожиданий, желания близости, её фрустрации вследствие собственной амбивалентности или отказа партнёра [3].

Психодерматология, молодое, но актуальное направление современной медицины и психологии, изучая взаимовлияния состояния кожи и психического состояния субъекта, постулирует неполноценность и неэффективность лечения дерматологической патологии без привлечения психологов и психотерапевтов [2].

Псориаз и атопический дерматит относятся к хроническим дерматозам с высокой распространенностью и постоянным ростом заболеваемости во всем мире. Оба заболевания имеют мультифакторную природу.

Н.Н. Новицкая и А.И. Якубович считают, что в основе возникновения и прогрессирования псориаза лежит психоэмоциональный компонент. Длительное течение и косметический дефект формируют в клинической картине псориаза психические расстройства, дезадаптирующие больного в социальном плане. Особенно выражены психические нарушения, когда псориаз возникает в детском возрасте. Дети сталкиваются с ограничениями в поведении, испытывают неуверенность в себе, эмоционально лабильны, имеют сложности в отношениях с родителями и с противоположным полом [5].

Согласно данным исследования, проведенного Р.Р. Хайрмасовым, больные псориазом склонны к переживанию чувства вины, имеют низкую фрустрационную толерантность, склонны к пассивным формам поведения. Данной группе больных характерны такие качества, как повышенная тревожность, высокая сензитивность к мнению окружающих, эмоциональная неустойчивость, зависимость, настроенность, склонность к защитному фантазированию. Также для них типично недостаточное функционирование механизмов психической защиты и высокая алекситимия [11].

По данным С.Ю. Терентьева и коллег, больные псориазом характеризуются психологической дезадаптацией, снижением уровня качества жизни и субъективного самочувствия, напряжением психологических защит по типу отрицания и вытеснения. У них отмечаются истерические и ипохондрические состояния, чрезмерная обидчивость,

подозрительность, повышенная конфликтность, негативная оценка перспектив, мнительность [10].

Е.В. Орлов и коллеги отмечают следующие индивидуально-психологические характеристики, свойственные большинству больных атопическим дерматитом: переживание выраженного эмоционального дискомфорта, выражающегося сниженным эмоциональным фоном и напряженностью; ожидание негативных перспектив; высокий уровень алекситимии; выход подавленных аффектов в виде соматической симптоматики заболевания [6].

Н.Г. Астафьева и коллеги выявили, что атопический дерматит оказывает выраженное негативное влияние на физический статус, психическое и социальное функционирование пациента, его повседневную активность, самовосприятие, вызывая дезадаптацию респондентов, особенно в период острого проявления симптомов [1].

По данным О.В. Павловой, и при атопическом дерматите, и при псориазе готовность больных к новым социальным взаимодействиям существенно зависит от выраженности поражения кожного покрова и субъективной симптоматики. Действительно, такие больные испытывают неловкость или стыд при общении с другими людьми, ограничивают социальные контакты, стараются не привлекать к себе внимание. Однако у больных атопическим дерматитом изучаемый показатель существенно изменялся с течением времени, а у больных псориазом он изменялся мало. Этот факт согласуется с данными о различиях в психологической реактивности больных атопическим дерматитом и псориазом: пациенты с атопическим дерматитом более склонны к реагированию на изменившуюся ситуацию (у них повышена ситуативная тревожность), а для больных псориазом характерна в основном психическая ригидность (у них повышена конституциональная тревожность) и большая склонность к депрессии [7].

На изучение различного проявления психологического фактора при псориазе и атопическом дерматите было направлено исследование Л.И. Мостовой [4].

Анализ фрустрационной толерантности показывает, что в группе больных псориазом отмечается преобладание реакций препятственно-доминантного типа в форме отрицания значимости препятствия к удовлетворению потребности (импунитивные реакции). Их особенностью является отказ от направления агрессии вовне или на себя и в занятии испытуемым примирительной позиции, а также уступчивость и озабоченность беспокойством партнера по ситуации.

В группе пациентов с атопическим дерматитом все типы фрустрационных реакций представлены достаточно равномерно и не превышают нормативных значений, что свидетельствует о большем разнообразии

поведенческих реакций в ситуациях стресса, чем у пациентов с псориазом. Но среди направлений реакций также преобладает импунитивное, проявляющееся в отрицании значимости фрустрирующего события, отсутствии осуждения кого-либо, в надежде на разрешение проблем со временем.

По результатам исследования ситуативной тревожности значимые различия между больными псориазом и атопическим дерматитом приходится на шкалы эмоционального дискомфорта и астенического компонента тревожности. Пациенты с псориазом отличаются более низким эмоциональным фоном, неудовлетворенностью жизненной ситуацией и эмоциональной напряженностью с элементами ажитации, а также утомляемостью, вялостью, пассивностью.

Ведущими стратегиями совладающего поведения у пациентов с псориазом являются стратегии поиска социальной поддержки и планирования решения проблем, а у пациентов с атопическим дерматитом – принятие ответственности и планирование решения проблем. Все указанные стратегии относятся к конструктивным. Большое количество высоких значений может свидетельствовать как о бессознательной компенсации неэффективного стрессовладающего поведения, так и о недостаточной искренности обследуемых, желании скрыть свои проблемы.

Исследование алекситимии показало, что у 50% в группе пациентов с псориазом алекситимия сформирована, а остальные 50% находятся в группе риска по ее формированию. В группе пациентов с атопическим дерматитом значения соответственно 48% и 48%. Таким образом, как больные псориазом, так и больные атопическим дерматитом испытывают трудности с пониманием и вербализацией эмоций.

Проведенное исследование позволило выявить как сходные составляющие психического статуса больных псориазом и атопическим дерматитом, к которым относятся высокая алекситимия, избегание агрессии, направленной на кого-либо, преобладание конструктивных типов совладающего поведения, так и различные – большее разнообразие типов поведенческих реакций в ситуациях стресса у пациентов с атопическим дерматитом; более низкий эмоциональный фон, неудовлетворенность жизненной ситуацией и эмоциональная напряженность, а также усталость, вялость и пассивность пациентов с псориазом. Психический статус больных псориазом, согласно проведенному обследованию, является менее благоприятным в эмоциональном плане, что может быть следствием особенностей самого заболевания, значительно снижающего уровень качества жизни пациентов.

Значение психологической помощи в дерматологической клинике чрезвычайно велико. В алгоритме этой помощи важно создание психологического климата в стационаре через обучение клиническим

психологом медицинского персонала способам взаимодействия именно с данным контингентом пациентов.

Низкая информированность большинства больных с кожной патологией о своем заболевании снижает эффективность терапии. Большую роль в связи с этим играют обучающие психореабилитационные программы, направленные на формирование адекватной внутренней картины болезни, гармонизации типа отношения к болезни, на понимание собственных личностных характеристик, мешающих адаптации. В рамках психологической помощи должны проводиться обучающие тренинги социальной коммуникации, тренинги уверенности в себе, обучение психологическим приемам снятия боли, зуда, тревоги, коррекции негативных эмоциональных реакций. На индивидуальных занятиях с клиническим психологом проводится психокоррекция сопутствующих психологических расстройств, вызванных кожным заболеванием, что улучшает социальную адаптацию и значительно повышает качество жизни больных. Наиболее успешным, на наш взгляд, является работа в рамках индивидуальной гуманистической психотерапии с использованием триады К.Роджерса: конгруэнтность в отношениях с клиентом; безусловная положительная оценка по отношению к клиенту; эмпатическое восприятие клиента. Именно на этапе индивидуальной коррекции у пациента формируется установка на психологическую самопомощь, на рост уверенности в своих потенциальных возможностях.

Проведение подобных программ возможно в рамках специальных реабилитационных школ, занятия в которых проводятся врачом-дерматовенерологом с привлечением клинического психолога.

В рамках групповой психотерапии психолог должен создать достаточно гомогенные группы пациентов со сходными социальными, возрастными и клиническими характеристиками, находящихся на разных ступенях реабилитации. В рамках групповой коррекции используются техники арт-терапии, библиотерапии, телесно-ориентированной терапии. Обучение пациентов в таких школах позволяет добиться роста эффективности лечения больных, устойчивой ремиссии заболевания и повысить качество их жизни.

Занятия психореабилитационной школы можно проводить как в условиях стационара, так и амбулаторно после выписки пациента. Необходимым является привлечение к психологической коррекционной работе семей пациентов, что особенно касается лиц детского и подросткового возраста. В ходе общения со специалистами пациенты получают важную для них информацию о заболевании и его лечении, что снижает их тревогу и делает их активными участниками процесса лечения, а не пассивными объектами медицинских мероприятий.

Список литературы

1. Астафьева Н.Г., Еремина М.Г., Еремин А.В. Индивидуальное бремя атопического дерматита // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – №3. – С.543-548.
2. Адашкевич В.П. Витебские дерматологические чтения – 2015 // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015. – № 2. – С. 3-5.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / Пер с нем. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 373 с.
4. Мостовая Л.И. Сравнительный анализ психического статуса больных псориазом и атопическим дерматитом // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т.17, №5(3). – С. 1021-1026.
5. Новицкая Н.Н., Якубович А.И. Качество жизни и псориаз: психологические аспекты // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 2. – С. 8-13.
6. Орлов Е.В., Мостовая Л.И., Коннов П.Е., Арсеньева А.А. Уровень тревожности и дерматологический индекс качества жизни больных атопическим дерматитом // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – №3. – С.48-51.
7. Павлова О.В. Социально-психологические аспекты атопического дерматита и псориаза // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2009. – №5. – С.64-67.
8. Терентьев С.Ю., Ермошина Н.П., Яковлева Н.В. Психологические особенности больных экземой и псориазом // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2009. – №3. – С.93-98.
9. Хайрнасов Р.Р. Исследование психологических характеристик мужчин, больных псориазом, в связи с задачами психокоррекционной работы: дис. ... канд. психол. наук. – Самара, 2005. – 121 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ УРОВНЯ НЕРВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Наумова Е.И., Лучшева Л.М.

Новокузнецкий институт (филиал)

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»,
кафедра общей и прикладной психологии, г. Новокузнецк*

Избыточная масса тела, а следствие ее – ожирение является серьезной проблемой в современном мире, так как входит в список самых распространенных хронических заболеваний. В конце XX и начала XXI века ожирение приобрело статус социальной проблемы, так как в странах с высоким уровнем экономического развития, Россия не

исключение, минимум 30% населения обладают избыточным весом [6]. Избыточная масса тела, с точки зрения научных исследований, выдвигается как первоисточник развития различных соматических заболеваний. Основной причиной избыточной массы тела является переизбыток (около 98%) и только 2% обусловлены эндокринными заболеваниями, сопровождающиеся приемом гормональных препаратов [1, 6]. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 1,7 млрд. людей, имеющих избыточный вес или ожирение [2]. К сожалению, подростки подвержены ожирению не реже, чем взрослые люди, но для подростков эта проблема более значима, так как особенности данного возраста предполагают обостренное внимание к своей внешности, а именно болезненное отношение к любым отклонениям от общественно одобряемых стереотипов, склонность искать «недостатки» в своей внешности, что зачастую приводит к чувству беспокойства и неуверенности в себе [1]. Наличие в детстве такого фактора как избыточный вес увеличивает процент приобретения статуса ожирения во взрослом возрасте: 50% детей, обладающих избыточным весом в 6 лет, становятся «тучными», а в подростковом возрасте эта вероятность может достигать до 80% случаев [1].

Появление проблемы избыточного веса связано с нарушением пищевого поведения. Главную роль в этом играют определенные особенности личности, такие как высокая подверженность стрессам, склонность к тревожным реакциям, неуверенность в себе. Они в свою очередь способствуют развитию различных психовегетативных расстройств, которые в совокупности предоставляют право поставить пищевую зависимость в один ряд с алкогольной, никотиновой, лекарственной и наркотической формами зависимости [8].

Процесс переизбытка начинает выполнять защитную функцию от глубокого чувства неполноценности: став «массивным» и более «громоздким», подросток с ожирением со стороны себе представляется «сильным и защищенным». Еще одна «функция» лишнего веса – фрустрация. Данная функция выражается по такой схеме: у подростка появляются признаки внутреннего замешательства, отчаяния, трудности в самоопределении, самореализации, бегства в одиночество и употребление пищи в такие периоды снижает, пусть даже и временно, интенсивность негативных эмоций и предотвращает развитие депрессии [6]. Следующая «функция» избыточного веса проявляется в виде вознаграждения. Подросток отождествляет понятие еды и любви и поэтому может вознаграждать себя едой за отсутствие любви к себе [7]. Во время кормления ребенок ощущает утешение телесного неблагополучия. Тактильный контакт с теплым, мягким материнским телом при процессе питания дарит младенцу ощущение того, что он любим. Таким образом,

в переживании младенца остаются нераздельными чувства сытости, защищенности и любви [5]. Перекармливание иногда связано с семейными традициями питания и слишком интенсивным использованием пищи для того, чтобы доставить ребенку удовольствие или его успокоить. Клиническое нарушение восприятия своего тела сопровождается явно выраженной депрессивной симптоматикой или социальной фобией. На фоне клинического нарушения восприятия своего тела развиваются тяжелые психосоматические нарушения питания, такие как булимия и нервная анорексия [1, 5].

Второе объяснение процесса переедания связано с установками матери к своему ребенку. З. Фрейд, указывал, если мать не обращается с любовью к ребенку, если она при кормлении в мыслях далека от него или спешит, это вызывает у ребенка агрессию по отношению к ней. Эти агрессивные побуждения ребенок не может ни отреагировать, ни преодолеть, он может их лишь вытеснить. Следствием является амбивалентная установка ребенка к своей матери, приводящая к различным вегетативным и эмоциональным реакциям [8].

Таким образом, прием пищи находится не только в тесной связи с потребностью в любовной заботе, но и является коммуникативным процессом.

В настоящее время в современном обществе человек с избыточным весом подвергается жестокой дискриминации. Социальные контакты людей с ожирением более ограниченные, чем у людей с нормальным весом [2].

Таким образом, можно резюмировать, что людям с избыточным весом присущи следующие психологические особенности: высокая тревожность, несоответствие своему идеалу и неадекватная самооценка, наличие чувства внутренней пустоты, потерянности, подавленности, склонность к соматизации и чрезмерное беспокойство за состояние своего здоровья, сложности в межличностных взаимоотношениях, стремление уклониться от социальных контактов и обязанностей; психастенические симптомы: «отсутствие сил», психологический дискомфорт, плохое самочувствие; сильное чувство вины после эпизодов переедания [6].

Тем не менее, следует отметить, что, несмотря на злоупотребление пищей подростками, обладающих, такими психологическими особенностями, как склонность к соматизации, чрезмерное беспокойство за состояние своего здоровья, сложности в межличностных взаимоотношениях; психастенические симптомы: «отсутствие сил», психологический дискомфорт, плохое самочувствие, и как следствие страдающих избыточным весом. В отечественной психологической литературе данная проблематика отражена, но достаточно слабо. Поэтому целью нашей ра-

боты является сравнительный анализ показателя уровня нервно-эмоциональной устойчивости у подростков с нормальной и избыточной массой тела в неклинической популяции подростков г.Новокузнецка. Всего в исследовании принимали участие 80 подростков, по 40 человек в каждой группе. В исследовании применялась следующая методика: Опросник Мини-мульти (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности СМОЛ) Джеймс Кинканн (1968 г.), адаптация В.П. Зайцева, В.Н. Козюли (1981 г.), который представляет собой сокращенный вариант ММПИ, позволяющий диагностировать свойства личности, а именно оценить такие показатели как: уровень нервно-эмоциональной устойчивости, степень интеграции личностных свойств, уровень адаптации личности к социальному окружению.

Перейдем к анализу полученных данных с помощью методики Мини-мульти подростков с избыточным весом. Высокие значения по шкале «Депрессия» выявлены у 25% респондентов, у 10% испытуемых средние значения. Данная шкала характеризует испытуемых, как чувствительных, сензитивных людей, склонных к тревогам, робких и излишне застенчивых. Респонденты в процессе деятельности проявляют себя старательно, добросовестно, высоко морально, но не отличаются способностью принимать решения самостоятельно, это обуславливается отсутствием уверенности в себе, и представляют риск подверженности к отчаянью, так как при условии столкновения с малейшими неудачами такие люди «опускают руки» [3, 4]. В ситуациях фрустрации для них более характерны следующие реакции – чувство вины, гнев, направленный на себя, аутоагрессия, вплоть до суицида. На ситуацию дезадаптации реагируют астенией, инертностью, пассивностью, отказом от реализации эгоцентрических установок в сложной конфликтной ситуации [4]. Шкала «Ипохондрия»: по 20% испытуемых имеют высокие и средние значения. Высокие значения указывают на медлительность, пассивность, покорность более авторитарным личностям, слабую способность к адаптации при смене обстановки. Немаловажно отметить наличие тревоги, которая воспринимается субъектами исследования не за счет каких-то внешних социальных причин, а за счет состояния своего физического здоровья. Прослеживается эмоциональная зависимость респондентов от их соматических ощущений, которые отражаются на общем самочувствии, работоспособности, нарушении соматических функций, болевых ощущениях. [3, 4]. По шкале «Психостения» у 15% респондентов получены высокие результаты, среднее значение выявлено у 25% подростков с избыточным весом. Охарактеризовать этих подростков возможно следующим образом: наличие сензитивности, страха, тревоги, неуверенности в себе и своей компетентности, заниженной самооценки, навязчивости мыслей. Кроме этого, наличие тревожно-мнительной лич-

ности, низкого порога фрустраций, напряженности, самокритичности, эмпатийности, трудности социального приспособления, застенчивости и боязливости. Необходимость в тотальном контроле ситуации и четком планировании, желание предвидеть даже маловероятные возможности, чтобы быть к ним готовым. В результате чего ситуация никогда не представляется достаточно определенной, что еще более усиливает постоянную тревожность [3]. У респондентов с нормальным весом по названным шкалам следующие были получены следующие результаты: по шкале «Депрессия» по 10% – высокие и средние значения; у 15% высокие значения обнаружены по шкале «Ипохондрия», средних значений не было выявлено; по шкале «Психостения» средние значения были получены у 10% респондентов. Был обнаружен любопытный факт, который следует отметить, у подростков с нормальным весом преобладают высокие значения по шкале «Истерия» в 30% случаях. Полученные результаты позволяют предположить, что для данных респондентов характерна высокая способность к вытеснению, позволяющая эффективно устранять тревогу, в то же время затрудняющая формирование достаточно устойчивого поведения: постоянно возникают новые роли, задачи и оценки. Респонденты этого типа стремятся быть «душой компании», ищут признания со стороны и эмоциональную поддержку, склоны к эгоцентризму, фантазированию, личностной незрелости, что препятствует развитию самокритичности, саморефлексии и способности к самосовершенствованию [3, 4].

Таким образом, можно констатировать, что целью исследования было проведение сравнительного анализа показателя уровня нервно-эмоциональной устойчивости у подростков с нормальной и избыточной массой тела. Проведение статистической проверки для сравнения средних значений двух независимых выборок и определения уровня значимости различий по критерию t-Стьюдента показал достоверные различия по трем шкалам: «депрессия», где $t_e=16,8$, $t_{крит}=3,56$ (при $p=0,001$). По второй шкале «ипохондрия» при сравнении двух независимых выборок получены следующие результаты: где $t_e=5,76$, $t_{крит}=3,56$ (при $p=0,001$). Так же по шкале «психостения» в результате сравнительного анализа получены следующие данные: $t_e=7,34$, $t_{крит}=3,56$ (при $p=0,001$).

Полученные результаты позволяют констатировать: сравнительный анализ полученных данных по методике Мини-мульти показал, что у подростков с избыточной массой тела, в большей степени прослеживается преобладание нервно-эмоциональной неустойчивости по таким шкалам как: «Депрессия», «Ипохондрия», «Психостения», в отличие от подростков с нормальной массой тела у которых исследуемые показатели менее выражены. Кроме этого, у подростков с нормальной массой тела обнаружены высокие показатели по шкале «Истерия».

Список литературы

1. Аверьянов А.П. Ожирение у детей и подростков: клиничко-метаболические особенности, лечение, прогноз и профилактика осложнений [Текст] / А.П. Аверьянов //Международный эндокринологический журнал. – 2009. – № 4 (22). – С. 85-91.
2. Беюл Е.А. Борьба с ожирением [Текст] /Е.А. Беюл, Ю.П. Попова// Клиническая медицина. – 1990. – №8. – С. 106-110.
3. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult [Текст] / В.П. Зайцев // Психологический журнал. – 1981. – № 3. – С. 118-123
4. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ [Текст] / В.П. Зайцев // Актуальные вопросы восстановительной медицины. – 2004. – № 2. – С. 17-19.
5. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике [Текст] / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерах-Хофман. – СПб. : 2000. – 287 с.
6. Малкина-Пых И.Г. Лишний вес. Освободиться и забыть. Навсегда. [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. М.: Эксмо, 2007.- 256 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. [Текст] / И. Г. Малкина-Пых. М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
8. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. [Текст] / И. Г. Малкина-Пых. М. :Эксмо, 2007. – 1040 с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА НА ОСНОВЕ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Николаева Н.В.

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

Для оценки эффективности применения тренинговых программ с использованием игровых технологий в работе с психосоматическими нарушениями подросткового возраста, на базе отдела социально-психологического сопровождения Научного центра АРТ в 2016 году было проведено комплексное исследование. Исследование проводилось в несколько этапов. Для решения поставленных в исследовании задач мы использовали следующие методы: анализ проблемы по опубликованным научным материалам, наблюдение, беседа, психологическая диагностика, для обработки полученных данных – частотный, корреляционный и сравнительный анализ данных.

Результаты диагностического этапа послужили основой для обоснования и разработки методических подходов к организации и проведению психологического тренинга на основе игровых технологий в работе с психосоматическими нарушениями.

Специфическими чертами тренинга, совокупность которых позволяет выделять его среди других методов практической психологии, являются:

- соблюдение ряда принципов групповой работы;
- нацеленность на психологическую помощь участникам группы в саморазвитии, при этом такая помощь исходит не только (а порой и не столько) от ведущего, сколько от самих участников;
- наличие более или менее постоянной группы (обычно от 7 до 15 человек), периодически собирающейся на встречи или работающей непрерывно в течение двух-пяти дней (так называемые группы-марафоны);
- определенная пространственная организация (чаще всего – работа в удобном изолированном помещении, участники большую часть времени сидят в кругу);
- акцент на взаимоотношения между участниками группы, которые развиваются и анализируются в ситуации «здесь и теперь»;
- применение активных методов групповой работы;
- объективация субъективных чувств и эмоций участников группы относительно друг друга и происходящего в группе, вербализованная рефлексия;
- атмосфера раскованности и свободы общения между участниками, климат психологической безопасности.

Основной целью тренинговой программы с использованием игровых технологий является оптимизация коммуникативной компетенции личности подростка, снижение уровня тревожности, нервно-психической напряженности.

Программа проводилась параллельно в контрольной и экспериментальной выборках, с равным количеством участников на протяжении 6 встреч. Занятия имели одинаковые цели, но разное методологическое обеспечение. Оценка эффективности тренинговой программы осуществлялась посредством повторного диагностического среза.

Программа разработана для подростков 12-13 лет, с учетом особенностей их возраста и основных новообразований.

Основные формы и методы работы.

1. Активное обучение. На таком тренинге прежде всего даются базовые психологические знания и на их основе отрабатываются необходимые умения и навыки.

2. Создания условий для самораскрытия участников. Подростки учатся самостоятельно искать способы решения собственных проблем и расширяют варианты своего поведения.

3. Активное использование игровых методов

- дидактические, имитационные и творческие игры. Позволяют подростку получить новые знания, воплотить в игре свое творческое начало и пр.

- ролевые игры (интонационно-речевой и видеотренинг, игровая психотерапия, психодраматическая коррекция) Позволяют подростку раскрепоститься, вносит элемент детской игры и непосредственности, позволяет провести диагностику динамики оптимизации коммуникативных качеств.

- мозговой штурм Особенно эффективен при оценке подростками конфликтных ситуаций и способов их избегания посредством эффективной коммуникации.

- контригра (трансактный метод осознания коммуникативного поведения).

Эти методы являются очень эффективными, так как осуществляют целостный подход к когнитивному, эмоциональному и поведенческому компоненту личности, приближают ситуацию тренинга к реальной.

Благодаря игре интенсифицируется процесс обучения, закрепляются новые поведенческие навыки, обретаются казавшиеся недоступными ранее способы оптимального взаимодействия с другими людьми, тренируются и закрепляются вербальные и невербальные умения, снижается уровень нервно-психической неустойчивости, тревоги.

Применение игровых технологий в тренинге выступают способом преодоления скованности и напряженности участников, как условие безболезненного снятия «психологической защиты», что является весьма важным в работе с психосоматической симптоматикой.

Список литературы

1. Актуальные проблемы психологических, психотерапевтических и психолого-педагогических практик третьего тысячелетия: коллективная монография. Том 2 / Н.В. Николаева [и др.] – СПб. 2014. – 162 с.
2. Зайцева Т.В. Теория психологического тренинга. – СПб.; М., 2002.
3. Николаева Н.В. Психотерапевтический аспект изучения факторов болезни в их объективных и субъективных проявлениях // Психология субъектности: основные проблемы и пути решения: коллективная монография. Том 3 / Под ред. Каяшевой О.И., Николаевой Н.В. – СПб. : НИЦ АРТ, 2016.- С. 208 – 215.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А., Инамова О.В.

*СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25,
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург*

Цель исследования: Изучить психосоматические взаимосвязи у пациентов с активным ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Проведено обследование 250 пациентов с ревматоидным артритом (по критериям ACR 1987 г.) средней и высокой степени активности DAS 28 > 3,2, сравнимых по полу, возрасту, длительности заболевания, рентгенологической стадии, получающих в качестве базисной терапии метотрексат 10-20 мг/неделю. Средняя длительность заболевания составила 7,82±3,57 года. В исследование вошли преимущественно больные женского пола (85,8%). Средний возраст пациентов составил 58,2±5,5 года. Серопозитивный по ревматоидному фактору (РФ) вариант РА диагностирован у 90% пациентов. Преобладала II рентгенологическая стадия РА (56,9%) (по Штейнброкеру), и высокий индекс активности DAS 28 (6,12±0,09). Большинство пациентов имели II функциональный класс недостаточности суставов (89,2%). Все пациенты получали в качестве базисной терапии метотрексат (МТ) в дозе 10-20 мг/неделю. 38% пациентов получали глюкокортикоиды (ГКС) per os в варианте преднизолона. Средняя длительность приема ГКС составила 5,87±0,50 лет, а средняя доза принимаемых ГКС – 8,86±0,26 мг. Сопутствующая патология определялась у всех больных РА. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто выявлялись артериальная гипертензия (42,2%), первичный остеоартроз – 32%, ИБС (24,2%), хронический пиелонефрит (32,1%), заболевания щитовидной железы (18%), остеопороз (16,2%). У 46,8% пациентов выявлено 5 и более сопутствующих заболеваний.

С целью выявления эмоционально-аффективных расстройств (ЭАР) исходно у всех больных была проведена оценка стрессоустойчивости и социальной адаптации по опроснику Холмса и Раге, оценено наличие астенического состояния по шкале Л.Д. Малковой, тревоги и депрессии по шкале Цунга и госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Результаты исследования. Психоэмоциональные расстройства выявлены у 167 (66,8%) пациентов с РА. При оценке шкалы Цунга для самооценки тревоги и депрессии исходно выявлено наличие легкой тревоги – 52 (31,14%), средней – 37 (22,15%), высокой – 8 (4,79%); легкой

депрессии у 43 больных (50,30%), умеренной депрессии у 34 больных (20,36%), тяжелой – у 6 больных (3,569%).

По шкале астенического состояния (ШАС) по методике Л.Д. Малковой исходно астения выявлена у 136 пациентов (81,44%): слабая – 37,5%, умеренная – 44,25%, выраженная – 18,25%.

По опроснику Холмса и Раге для определения уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации исходно выявлены следующие показатели: низкая – 26,7%, пороговая – 43,4%, высокая – 29,9% стрессоустойчивость.

Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между длительностью течения РА и степенью выраженности тревоги и депрессии. При длительности РА ≥ 9 лет умеренно выраженная и тяжелая депрессия по шкале Цунга выявлялись у 40% и 26,6% пациентов, что достоверно превышало эти показатели у пациентов с длительностью РА ≤ 5 лет (23,7% и 9,30%, p < 0,05). Аналогичная закономерность выявлена при оценке депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. При длительности РА ≥ 9 лет высокая стрессоустойчивость выявлялась в 3 раза реже, чем у больных с длительностью болезни ≤ 5 лет (13,33% и 39,5%), а пороговая стрессоустойчивость регистрировалась в 1,5 раза чаще (53,33% и 39,5%, p < 0,05). У больных с длительностью РА ≥ 9 лет отмечен достоверно более высокий уровень астении по шкале астении, чем в группе больных с длительностью болезни ≤ 5 лет (101,22±3,9 и 85,28±2,90 баллов, p < 0,05). Отмечено, что у больных РА, принимавших ГКС в связи с активным течением заболевания, отмечалось снижение стрессоустойчивости по методике определения уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, что свидетельствовало о возможном развитии побочных центральных эффектов преднизолона при его длительном применении.

Вывод. Оценка психологического статуса больных с активным течением РА свидетельствует о наличии тревоги, депрессии и астении у подавляющего числа обследованных. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между числом больных РА с тревожно-депрессивными расстройствами и длительностью РА, приемом ГКС.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ СОМАТИЗАЦИЕЙ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМОМ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

Рагозинская В.Г.

*ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»,
факультет психологии и педагогики, г. Челябинск*

Актуальность исследования. В современной ситуации нестабильности в обществе на первый план выходит проблема сохранения здоровья населения. Особое значение приобретает определение факторов и условий, опосредовано или непосредственно влияющих на здоровье человека. Одним из таких факторов является феномен перфекционизма.

Перфекционизм определяется как склонность следовать завышенным стандартам деятельности и выдвигать к собственной личности чрезмерно высокие требования [3]. Это относительно устойчивая личностная черта, понимаемая как стремление субъекта доводить результаты любой деятельности до соответствия самым высоким стандартам, стремление к самосовершенствованию и потребность быть безупречным во всём [1].

P.L. Hewitt и G.L. Flett рассматривают перфекционизм как трехмерное явление, которое включает в себя три составляющие перфекционизма: перфекционизм, ориентированный на себя (завышенные и нереалистичные требования, предъявляемые к себе); перфекционизм, ориентированный на других (предъявление преувеличенных и нереалистичных требований к другим, ожидание людского совершенства и постоянное оценивание других); социально предписанный перфекционизм (убеждение или ощущение, что другие предъявляют к субъекту завышенные и нереалистичные требования, которым трудно, но необходимо соответствовать, чтобы заслужить одобрение и принятие и избежать негативной оценки) [12].

Как отмечает В.А. Ясная, перфекционизм – это сложный феномен, включающий множество связанных между собой черт, одни из которых в целом адаптивны, а другие способствуют дезадаптации [10]. В зависимости от их соотношения перфекционизм может быть «здоровым» (конструктивным) или «патологическим» (невротическим) [13].

В.А. Ясная и С.Н. Ениколопов полагают, что «нормальный перфекционист – это тот, кто устанавливает для себя жесткие стандарты, но при этом не педантичен и отличается гибкостью, может приспособлять свои стандарты к существующей ситуации, т. е. более адаптивен по сравнению с невротическим перфекционистом, устанавливающим для

себя завышенные стандарты и не оставляющим себе возможность допускать ошибки» [10, с. 159].

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что невротический перфекционизм является одним из факторов широкого спектра психологических нарушений: низкой самооценки и низкого самоуважения, прокрастинации, разочарования, затруднений в общении и межличностных конфликтов, неадаптивного копинга, избегающего поведения, нарушений адаптации, эмоционального выгорания, поведения типа А, аффективных нарушений, обсессивно-компульсивного расстройства, суицидальной активности и пр. [2, 4, 6, 7, 9, 11]. В ряде исследований невротический перфекционизм рассматривается как фактор этиопатогенеза нарушений пищевого поведения и психосоматических расстройств [5, 8, 14]. Отмечается, что сопутствующие невротическому перфекционизму негативные эмоции (страх неудачи, повышенная тревожность, переживания недовольства собой, тоски, тревоги, стыда и вины) и неадаптивные копинг-стратегии затрудняют переработку стресса и способствуют его хронификации. Это, в свою очередь, может привести через интегративные церебральные системы к соматизации и патологическим изменениям в различных системах органов [8].

Проблема перфекционизма и его влияния на соматические функции особенно актуальна применительно к юношескому возрасту. Это обусловлено, с одной стороны, большей восприимчивостью молодежи к различным социальным влияниям и требованиям современной культуры с присущими ей ценностями конкурентоспособности, социального успеха и высоких достижений, в том числе и в профессиональной сфере; с другой стороны, свойственными юности идеализмом и максимализмом, нетерпимостью к «полумерам», недостаточным уровнем понимания юношами и девушками своих генуинных свойств и дефицитом у них необходимых навыков телесной саморегуляции и антиципации, а также вегетативной лабильностью, характерной для многих лиц данного возраста.

Несмотря на очевидную актуальность исследования взаимосвязи перфекционизма и соматизации у современной молодежи, особенности взаимосвязи этих феноменов у российских студентов до сих пор остаются малоизученными.

Цель исследования – изучить взаимосвязь между показателями перфекционизма и соматизации у студентов.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 55 студентов очного отделения университета, в том числе 17 юношей и 38 девушек в возрасте 19-21 года.

В исследовании применялись «Многомерная шкала перфекционизма» (P.L. Hewitt, G.L. Flett; адаптация И.И. Грачевой), «Гиссенский

опросник соматических жалоб» (адаптация НИПНИ им. В.М. Бехтерева), «Психовегетативный опросник» М.Е. Сандомирского. Для математико-статистического анализа данных применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты исследования. Результаты исследования перфекционизма в общей выборке студентов, а также отдельно в группе юношей и группе девушек отражены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние значения показателей перфекционизма

Вид перфекционизма	Средние значения± стандартное отклонение		
	юноши	девушки	общая выборка
ориентированный на себя	72,50±12,23	62,52±16,40	63,81±16,12
ориентированный на других	60,00±14,72	45,59±10,59	47,45±11,96
социально-предписанный	53,50±4,80	48,70±11,66	49,32±11,08
интегральный	186,00±25,34	156,81±34,45	160,58±34,52

Согласно данным в табл. 1, в общей выборке испытуемых, а также в группе юношей и группе девушек средние значения показателей всех исследуемых видов перфекционизма соответствуют среднему уровню выраженности. При этом в группе девушек показатели всех оцениваемых параметров перфекционизма несколько ниже, чем в группе юношей.

Результаты исследования соматических жалоб в общей выборке студентов, а также отдельно в группе юношей и в группе девушек с помощью «Гиссенского опросника соматических жалоб» представлены в табл. 2.

Таблица 2.

Средние значения показателей «Гиссенского опросника»

Исследуемые параметры	Средние значения± стандартное отклонение		
	юноши	девушки	общая выборка
Истощение	9,33±0,58	5,52±3,75	5,96±3,74
Желудочные жалобы	1,33±0,58	2,74±2,93	2,58±2,79
Ревматический фактор	5,33±2,89	6,00±4,47	5,92±4,28
Сердечные жалобы	1,33±0,58	2,26±2,75	2,15±2,60
Давление жалоб	17,33±5,89	14,07±12,03	14,40±11,45
Физическая природа жалоб	0,67±1,15	2,18±0,96	2,00±1,08
Психологическая природа жалоб	1,33±1,53	1,82±1,10	1,76±1,13

Согласно данным в табл. 2, в группах юношей и девушек средние значения показателей всех исследуемых параметров соматизации в целом соответствуют среднестатистическим нормам для здоровых лиц данного возраста. По мнению обследованных юношей, их недомогания обусловлены в большей мере психологическими факторами, чем физическими причинами, тогда как обследованные девушки более склонны объяснять природу своих недомогания физическими факторами, нежели психологическими.

Результаты оценки степени выраженности у студентов психовегетативных нарушений с помощью «Психовегетативного опросника» М. Е. Сандомирского отражены в табл. 3.

Таблица 3.

Средние значения показателей «Психовегетативного опросника»

Исследуемый параметр	Средние значения±стандартное отклонение		
	юноши	девушки	общая выборка
Степень преобладания симпатического или парасимпатического отдела ВНС	4,53±2,71	5,46±5,12	5,23±5,01

Согласно данным в табл. 3, средние значения показателей степени преобладания симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) в группах юношей и девушек свидетельствуют об относительном равновесии симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

С помощью критерия Спирмена мы исследовали взаимосвязи между показателями перфекционизма и соматизации. В результате корреляционного анализа, проведенного в общей выборке студентов, установлено, что показатели психологической природы жалоб образуют значимые прямые корреляции с показателями:

- перфекционизма, ориентированного на себя ($r=0,548$; $p \leq 0,01$);
- перфекционизма, ориентированного на других ($r=0,657$; $p \leq 0,01$);
- социально предписанного перфекционизма ($r=0,352$; $p \leq 0,01$);
- интегральной шкалы перфекционизма ($r=0,488$; $p \leq 0,01$).

Таким образом, психологическая обусловленность соматических жалоб в наибольшей степени выражена у лиц, предъявляющих

чрезмерно высокие требования к себе и к другим и убежденных в том, что другие люди предъявляют к ним завышенные и нереалистичные требования, которым трудно, но необходимо соответствовать, чтобы заслужить одобрение.

Между показателями других шкал «Гиссенского опросника» и различных видов перфекционизма значимых корреляционных связей в общей выборке студентов не выявлено.

Согласно результатам корреляционного анализа, показатели преобладания симпатического / парасимпатического отдела ВНС образуют значимые связи с показателями:

- перфекционизма, ориентированного на себя ($r=0,407$; $p \leq 0,01$);
- перфекционизма, ориентированного на других ($r=0,388$; $p \leq 0,01$);
- социально предписанного перфекционизма ($r=0,365$; $p \leq 0,01$);
- интегральной шкалы перфекционизма ($r=0,441$; $p \leq 0,01$);
- психологической природы жалоб ($r=0,398$; $p \leq 0,01$).

Таким образом, у лиц с высоким уровнем перфекционизма более выражено нарушение равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о существовании значимых связей между показателями перфекционизма и соматизации у студентов.

Список литературы

1. Бескова, Т.В. Взаимосвязь перфекционизма со способами реагирования на успех и неудачу другого // Современные проблемы науки и образования. – 2012, №2. [Эл. ресурс]. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6046> (дата обращения: 27.11.2015).
2. Гараян, Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: дис. ... доктора психол. наук. – М., 2010. – 429 с.
3. Грачева, И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, №6. – С. 73-81.
4. Ларских, М.В. Феномен перфекционизма как фактор суицидального поведения // С.В. Ларских // Материалы Международной конференции «Морфоклинические аспекты безопасности жизнедеятельности». – Воронеж: ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2012. – С. 5-10.
5. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: Медпресс-Информ, 2002. – 608 с.

6. Парамонова, В.В. Высшие устремления личности: перфекционизм как патологический феномен // Развитие личности. – 2009. – №1. – С. 64-78.
7. Соколова, Е.Т. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида / Е.Т. Соколова, П.В. Цыганкова // Вопросы психологии. – 2011, №2. – С. 90-100.
8. Федулеева, А.Г. Особенности проявления перфекционизма у лиц с различными соматическими заболеваниями // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2013. – №1 (13). – С. 108–116.
9. Цыганкова, П.В. Взаимосвязь перфекционизма с особенностями самосознания при аутодеструктивном поведении / П.В. Цыганкова // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2010. – №2. – С. 28-32.
10. Ясная, В.А. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы / В.А. Ясная, С.Н. Ениколопов // Вопросы психологии. – 2007. – №4. – С. 157-158.
11. Burns, D. The perfectionist's script for self-defeat // Psychology Today. – 1980, November. – P. 34-52.
12. Flett, G.L. Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues / G.L. Flett, P.L. Hewitt // Flett G.L., Hewitt P.L. (Eds.). Perfectionism: Theory, research, and treatment. – Washington, DC: APA, 2002. – P. 5-27.
13. Hamachek, D.E. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism // Psychology. – 1978. – Vol. 15. – P. 27-33.
14. Perfectionism, Health, and Well-Being / Editors: F.M. Sirois, D.S. Molnar. – New York: Springer, 2015. – 304 p.

ПРОВЕДЕНИЕ КУРСА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ (BIOFEEDBACK) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Рамхелавон М.Б., Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А.

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной ревматологии»,
лаборатория клинической психологии, г. Волгоград*

Системная склеродермия (ССД) является одной из важных проблем ревматологии. Диагностика и лечение этого относительно редкого системного заболевания до сих пор представляет собой серьезную проблему как за счет вовлечения в патологический процесс множества органов и систем, так и вследствие наличия у пациентов психосоциальных проблем. Больные ССД нередко сообщают о значительных эмоциональных расстройствах, среди которых наиболее обычны симптомы

тревоги и депрессии. Ранняя оценка этих симптомов и своевременное психотерапевтическое вмешательство могут значительно уменьшить последствия психологического стресса. Биопсихосоциальный подход к терапии может представлять собой важный шаг к обеспечению лучшей приверженности к лечению и улучшению психологического благополучия и качества жизни пациентов.

Психологические исследования могут способствовать лучшему пониманию трудностей, испытываемых пациентами с ССД, и разработке дополнительных лечебных программ. В связи с этим представляется целесообразным научно-практическое обоснование применения новых безопасных и эффективных немедикаментозных лечебно-реабилитационных технологий при ССД, направленных на повышение функциональных и адаптационных возможностей больных. В этом плане весьма перспективно использование приемов биоуправления с биологической обратной связью (БОС).

Метод БОС терапии основан на принципе саморегулирования функций организма с использованием систем внешней обратной связи. Метод был разработан в рамках бихевиоральной терапии и в настоящее время успешно применяется при лечении пограничных состояний и психосоматических заболеваний в сочетании с другими медицинскими и психотерапевтическими методами. В процессе БОС тренинга человек обучается оказывать некоторое влияние на физиологические реакции, неподвластные его произвольному контролю, и на те, которые можно регулировать, но процесс регуляции которых нарушен в результате сильного или длительного стрессового воздействия. В процессе БОС используется полиграфическая регистрация психофизиологических показателей в преобразованном виде, удобном для восприятия. БОС состоит из нескольких фаз: измерение физиологического параметра, перевод результатов измерения в понятную форму и обратной связи – передачи полученной информации человеку, что осуществляется с помощью полиграфической установки и соответствующего программного обеспечения. Использование БОС позволяет подчинить произвольному контролю те процессы, которые ранее считались непроизвольными, хотя психофизиологические механизмы воздействия сознания на протекание физиологических процессов в организме человека до сих пор не вполне ясны. В настоящее время биологическая обратная связь является, пожалуй, практически единственным научно-обоснованным методом альтернативной медицины.

Целью исследования является коррекция психоэмоционального состояния пациентов с системной склеродермией с помощью функционального биоуправления с биологической обратной связью.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 90 больных с системной склеродермией. Средний возраст пациентов составил $38,19 \pm 12,1$ лет. Средняя продолжительность болезни в исследуемой группе составила $11,2 \pm 3,4$ лет. Все больные ССД, находившиеся под нашим наблюдением, получали комплексную медикаментозную терапию, включавшую антифиброзные средства, противовоспалительные препараты, ангиопротекторы, иммунодепрессанты.

Исходя из поставленных задач, больные ССД методом случайного подбора были разделены на две группы: основную ($n=60$) и контрольную ($n=30$). Группы пациентов были сопоставимы по половому составу, возрасту и длительности заболевания. Больные основной группы дополнительно к основному лечению получали 12-14 сеансов мультимодального БОС тренинга с помощью психофизиологического реабилитационного комплекса «Реакор» производства фирмы «Медиком МТД».

Анализ эффективности метода БОС терапии в комплексном лечении больных ССД проводился путем изучения динамики следующих клинико-психологических показателей и их сопоставления у больных основной и контрольной групп: уровни личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) (тест Спилбергера) и депрессии (методика Бека).

Результаты и обсуждение. При изучении психологического статуса больных ССД был установлен высокий уровень личностной (52,74 балла) и реактивной (53,11 балла) тревожности. Высокая личностная тревожность проявляется в предрасположенности пациентов к тревожным реакциям, т. е. склонности воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающие и реагировать на эти ситуации состоянием тревоги, интенсивность которой не соответствует объективной опасности. В поведении это проявляется чертами неуверенности в себе, нерешительности, склонности к сомнениям и колебаниям в ситуации выбора, повышенному самоконтролю и самокритичности. Самооценка у больных занижена с тенденцией к формированию чувства вины и собственной несостоятельности. Кроме того, повышена лабильность, впечатлительность и снижена толерантность к стрессу. Высокий уровень реактивной тревожности у пациентов с ССД характеризуется ощущением внутренней напряженности, нервозности, психологического дискомфорта, беспокойства, неудовлетворенностью актуальной жизненной ситуацией, тревожной оценкой перспективы. На фоне преимущественно сниженного и неустойчивого фона настроения выявляется напряженное ожидание неприятностей, ощущение неопределенной угрозы. В поведении наблюдаются признаки суетливости, непоследовательности или психологической скованности.

Особое внимание было уделено факторам, играющим роль в формировании тревожности: было выявлено, что больные с III степенью активности ССД имеют достоверно более высокий уровень реактивной тревожности. Сила взаимодействия между активностью заболевания и реактивной тревожностью составила 4,25 при $p=0,017$. Кроме того, проведенный анализ также показал наличие корреляции между выраженностью тревоги (баллы) и продолжительностью ССД ($r=0,31$ при $p=0,024$), возрастом больных ($r=0,48$ при $p=0,004$).

Полученные результаты можно объяснить тем, что с возрастом люди как бы теряют осознание своей полезности и необходимости. Поэтому пожилые пациенты значительно чаще, чем молодые, склонны считать свои личные и социальные проблемы неразрешимыми. Подобная пессимистическая оценка ощущается как усталость, упадок сил, отсутствие эмоций, а также находит свое отражение в повышении тревожности.

В процессе лечения выраженность реактивной тревожности снижалась, однако эта динамика была достоверной только у больных основной группы ($p<0,05$) (рис. 1).

Изучению депрессии у соматических больных придается исключительное социальное значение. Наличие депрессии относится к числу неблагоприятных факторов, негативно влияющих на течение и прогноз ССД, а также усложняющих процесс социально-психологической адаптации пациентов. При сочетании депрессии с ССД положение усугубляется тем, что при этом, с одной стороны, значительно ухудшается процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента, а с другой, оказывается негативное влияние на течение и прогноз заболевания.

Исследование с помощью опросника Бека установило наличие у пациентов с ССД повышенного уровня депрессии, причем ее выраженность была связана с активностью заболевания: при III степени активности ССД депрессия была наиболее выражена, сила взаимодействия между данными параметрами составила 5,05 при $p=0,009$.

Кроме того, проведенный анализ показал наличие корреляции между продолжительностью ССД и уровнем депрессии ($r=0,43$ при $p=0,038$). Возможно, нарастающий болевой синдром и тяжесть соматических нарушений в течение длительного времени приводят к развитию выраженного депрессивного состояния. Лечение симптомов депрессии нужно считать одним из приоритетных направлений терапии больных ССД.

В процессе лечения уровень депрессии снижался, однако эта динамика была достоверной только у больных основной группы ($p<0,05$) (рис. 2).

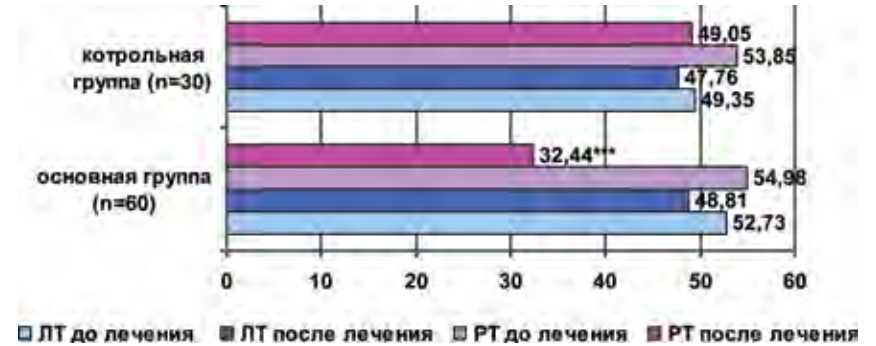


Рис. 1. Изменение показателей личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) в процессе БОС-терапии у больных ССД основной и контрольной групп

Примечание: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

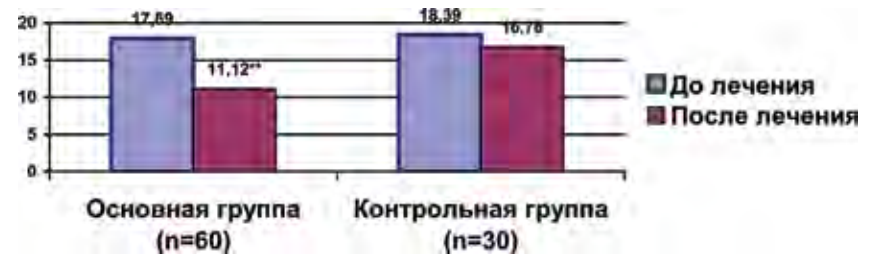


Рис. 2. Изменение показателей депрессии в процессе комбинированной терапии у больных ССД основной и контрольной групп

Примечание: * – $p<0,05$, ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$.

В процессе БОС-терапии у больных основной группы произошло существенное снижение тревожно-депрессивных реакций, сопровождавшееся достоверным уменьшением оценок психологических методик Спилберга-Ханина и Бека. Предполагается, что применение БОС, наряду с улучшением микроциркуляции, мозгового и периферического кровотока, уменьшением рефлекторных мышечно-тонических синдромов, также способствует коррекции психоэмоционального состояния, мобилизации волевого потенциала и повышению самооценки пациентов. Процедуры БОС-терапии характеризуются активным и со-

знательным участием субъекта в процессе лечения, его стремлением к саморегуляции и самоконтролю. Б.Д. Карвасарский (2000) указывал, что механизмы терапевтического эффекта БОС терапии следует искать не только в изменениях, касающихся физиологических систем, а одним из вероятных механизмов её действия является познавательный эффект от переживания БОС, обучение навыкам самоконтроля, которого, по мнению больных, у них никогда раньше не было.

Таким образом, результаты проведенных исследований указывают на позитивное влияние БОС терапии на тревожно-депрессивные нарушения у больных ССД, что в свою очередь может способствовать улучшению эффективности терапии данного заболевания и его отдаленного прогноза.

АГРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС

Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Савельев Е.В.

*ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН,
Санкт-Петербург*

Изучение агрессии в разных группах населения и особенно при различных заболеваниях несомненно актуально. Повышение внутренней агрессии может быть запуском многих психосоматических заболеваний, влиять на течение и исход длительно текущих заболеваний ЦНС. Однако значению агрессии в структуре эмоциональных нарушений больных уделяется недостаточно внимания. Агрессия может быть разных видов и проявляться как на поведенческом уровне, так и отражаться во внутреннем мире человека, влиять на всю его жизнедеятельность. Она бывает внешняя, поведенческая, а может быть внутренняя, т.е. скрытая, проявляющаяся в виде аутоагрессии. Вместе с тем, агрессия может проявляться как на осознанном, так и неосознанном уровне. В связи с этим, проводилось исследование агрессии у больных с длительно текущими заболеваниями ЦНС, с целью выявления ее особенностей агрессии и повышения эффективности лечения и качества реабилитационных мероприятий.

Исследовано две группы больных. Первую группу составили больные рассеянным склерозом (РС): 84 человека (71 женщина, 13 мужчин), в возрасте от 40 до 65 лет, находящиеся в состоянии ремиссии, без грубой неврологической симптоматики. Во вторую группу вошли пожилые лица с умеренно когнитивными нарушениями (УКН) 56 чело-

век (40 женщин, 16 мужчин) в возрасте от 58 до 80 лет, средняя степень выраженности когнитивных нарушений по MMSE составила $25,15 \pm 2,63$. Предварительное клиническое обследование в группе УКН выявило легкие неврологические симптомы, укладывающиеся в понятие рассеянной неврологической симптоматики. Все больные проходили психологическое исследование. Для оценки разных видов агрессии проводились тесты Басса-Дарки и Hand test. Для сопоставления с показателями агрессии использовался личностный опросник MMPI. Статистическая обработка данных включала пакет Statistika 10, непараметрические критерии Спирмана, Манна-Уитни.

Все больные обследованных групп жалоб на проявление агрессии не предъявляли. У больных РС в 83% случаев при анализе индивидуальных показателей по тесту Басса-Дарки наблюдались повышенные показатели разных видов агрессии. Более половины больных РС имели повышенное чувство вины. Установлены положительные корреляционные связи чувства вины (по тесту Басса-Дарки) с данными шкалы EDSS, длительностью заболевания и практически со всеми личностными шкалами MMPI (1, 2, 4, 6, 7, 8, 9 и 0). Выявлены достоверные взаимосвязи между показателями агрессии по Басса-Дарки и показателями личностного опросника MMPI. Так «Враждебность» по Басса-Дарки имела достоверные взаимосвязи с 6, 8 и 0 шкалами MMPI. Корреляций показателей MMPI с показателем «общей агрессией» не наблюдалось. По данным Hand test отмечалось повышение склонности к открытому агрессивному поведению у больных РС в 53% случаев.

В группе пожилых лиц с УКН в 73% случае наблюдались повышенные показатели разных видов агрессии по Басса-Дарки. Наиболее характерной была высокая вербальная агрессия. Показатели «общей агрессивности» и «враждебности» находились в пределах нормативных значений. Обнаружены корреляционные взаимосвязи «общей агрессии» с показателем 9 шкалы ($r=0,404$), а также «враждебности» с 6 ($r=0,508$) и 9 ($r=0,446$) шкалами. По данным Hand test наблюдалось повышение склонности к открытому агрессивному поведению в 68,3,7% случаев.

В обеих группах корреляционный анализ склонности к открытому агрессивному поведению по Hand test с показателями MMPI не выявил достоверных взаимосвязей.

Рассматривая корреляционные связи отдельных видов агрессивности в группах РС и пожилых лиц с УКН с метаболической активностью разных областей головного мозга (по данным ПЭТ), можно отметить, что все они обеспечиваются не только разной совокупностью мозговых структур, но и разными режимами их работы и латерализацией межполушарных взаимоотношений.

Таким образом, полученные данные раскрывают некоторые особенности агрессивных явлений у больных с длительно текущими заболеваниями ЦНС, что имеет большое значение для диагностики, лечения, составления реабилитационных программ и проведения психокоррекционных мероприятий.

ТРЕВОГИ СОВРЕМЕННОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

Решетова Т.В., Герасимова А.В., Талалакин А.С.

*ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России,
Многопрофильная клиника Скандинавия, Санкт-Петербург*

Нынешний социально-экономический кризис, как в 1998 году, ведет за собой психосоматические последствия. Сейчас социальной нестабильности меньше, люди помнят свои ошибки, но у многих есть собственный опыт, память преодоления.

Многое, что сегодня есть в масс-медиа, делается по рецептам агрессивной рекламы. Тревожный, уставший человек намного легче поддается любому влиянию извне. Критический ум уравновешенного человека видит несоответствия в информации; эмоционально не стабильный человек – верит. По словам С.П. Бехтерева, «Внушаемость обратная сторона интуиции. Внушение и заражение эмоциональным состоянием (тревожным, агрессивным, суицидным) – это одно и то же явление». Ускорение темпа жизни приводит к тому, что люди начинают ходить, говорить, думать, работать, быстрее, чем раньше. Это не энтузиазм, а боязнь не успеть, тревожная невротическая спешка. Закон суммации тревоги (когда тревожные сигналы из внешнего мира усиливают тревожный взгляд на собственное здоровье), приводит к катастрофическому мышлению, когда любой свой симптом пациент рассматривает по максимальной степени ужаса. Избыточные лишние эмоции мешают решить проблему конструктивно и быстро. Когнитивная дисфункция (поглощение) при тревоге достигает энцефалопатии 2 степени. Многие анксиолитики обладают еще и седативным эффектом, что может оказать негативное влияние на когнитивные функции. Поэтому трендом во всем застигнутом кризисом, современном мире, сейчас является когнитивно-сберегающая психофармакотерапия.

В нашем исследовании в современной гастроэнтерологической клинике у 162 больных язвенным колитом и синдромом раздраженной кишки изучали астению и тревожность. Больные получали

стандартную базисную терапию в соответствии со своими заболеваниями или базисную терапию вместе с противотревожным лекарством – тенотеном. Включение в лечебный процесс анксиолитика тенотена достоверно снизило тревожность у больных без негативного влияния на когнитивные функции. У больных СРК, получавших помимо базисной терапии, тенотен, по сравнению с группой больных, получавших только базисную терапию, достоверно уменьшились: болевой синдром; общая, физическая и психическая астения. Современный пациент стал умнее и в информационном, и в правовом поле. В условиях социально-экономического кризиса, помимо уменьшения тревоги, он также нуждается в сохранении своего когнитивного потенциала. Когнитивно-сберегающая психофармакотерапия позволяет ему это сделать.

ДЕПРЕССИЯ И ДЕМЕНЦИЯ: ОБЩИЕ И ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ

Рузиева Г.Х., Абдухалимова Х.В.

*Ташкентская медицинская академия, кафедра психиатрии
и наркологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность. Депрессия и деменция – два самых частых психопатологических синдрома пожилого возраста. Деменция выявляется у 4-8% лиц старше 65 лет, клинически значимые когнитивные нарушения – у 15-25%, а симптомы депрессии той или иной выраженности – у 15-30%. Проблема сочетания деменции и депрессии привлекает внимание специалистов в области психиатрии в связи с ее высокой частотой, а также возникающими на ее фоне диагностическими и терапевтическими трудностями. Трудности в лечении депрессивных расстройств и деменции заключаются в специфике этой категории больных: сложность диагностики, пожилой возраст, наличие сопутствующей соматической патологии и необходимость одновременного применения различных лекарственных средств.

Обсуждение. В основе может лежать дисфункция лобной коры, связанная с функциональным разобщением между подкорковыми и лобными структурами. В некоторых исследованиях более 90% пациентов с началом депрессии в пожилом возрасте имели сосудистые изменения при нейровизуализации. Ишемическое поражение подкорковых структур может вызывать дисфункцию фронтостриарных кругов и их лимбических связей, с которой могут быть связаны не только аффективные, но и когнитивные дисрегуляторные нарушения. Особенно по-

казателен в подобных случаях профиль нарушения памяти: снижается отсроченное воспроизведение, тогда как узнавание и опосредованное воспроизведение остаются сохранными, что объясняется исключительно дизрегуляторным (лобным) дефектом когнитивных функций.

При этом существенно не страдают общий уровень интеллекта, праксис, гнозис, ориентация во времени и пространстве. При применении антидепрессантов возможна полная нормализация когнитивных функций, что может быть доказательством связи когнитивного дефицита с депрессией. Данное состояние можно определить как своего рода «депрессию-плюс». Одной из наиболее частых причин «депрессии-плюс» является сосудистое поражение белого вещества или подкоркового серого вещества полушарий головного мозга (так называемая «сосудистая депрессия»). «Депрессия-плюс» может быть также начальной стадией дегенеративных заболеваний (таких как болезнь Альцгеймера или деменция с тельцами Леви), вовлекающих префронтальную, поясную кору или лимбическую систему. По-видимому, в подобных случаях можно говорить не столько о том, что депрессия «подталкивает» развитие основного патологического процесса, ведущего к деменции, сколько о том, что она ускоряет дебют деменции, «подтачивая» когнитивный резерв, позволяющий до определенного времени компенсировать нарастающий когнитивный дефект.

Выводы. Риск развития деменции может увеличиваться при повторяющихся эпизодах депрессии. Сосуществование у больного деменции (в частности, при болезни Альцгеймера или при сосудистой деменции) и депрессивного расстройства является актуальной клинической проблемой. Отмечается двунаправленное неблагоприятное взаимовлияние на биологическом и поведенческом уровнях, ухудшающее прогноз болезни.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ В ХОДЕ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Рюмин А.В.

Таллинский центр психотерапии "Imago Arte", г. Таллинн, Эстония

К наиболее распространенным пограничным психическим расстройствам, с которыми пациенты обращаются к врачам общей практики, относятся соматоформные расстройства, и, в частности, сомато-

формные вегетативные дисфункции (СВД), проявляющиеся, главным образом, в виде соматических жалоб, при отсутствии патологических изменений внутренних органов, которые могли бы объяснить эти жалобы (5). Реализация принципов биопсихосоциального подхода в отношении больных СВД предполагает всестороннее изучение особенностей эмоционального реагирования, в совокупности с клиническими проявлениями заболевания и комплексом психологических и индивидуально-личностных параметров (ведущие тенденции личности, стили межличностных отношений, самооценка, локус контроля, стратегии совладания).

Наиболее значимыми факторами, влияющими на успешность психической адаптации к болезни, являются личностные особенности больного, связанные с установками на активное преодоление трудностей, а также характер взаимодействия с социальным окружением. Исследования свидетельствуют о более высоком адаптивном потенциале пациентов с интернальным локусом контроля болезни и, соответственно, о необходимости развития у больных чувства уверенности в способности влияния на состояние своего здоровья (7).

Локус контроля рассматривается Дж. Роттером и его последователями в рамках теории «социального научения» как степень понимания человеком причинных взаимосвязей между собственным поведением и достижением желаемого (8). Локус контроля как свойство личности, опосредующее направленность ее социальной ответственности, способен трансформировать отдельные звенья механизмов восприятия и психологической переработки проблемных жизненных ситуаций. Уверенность в возможности своего влияния на течение заболевания способствует эмоциональной стабильности пациента и стимулирует его активное проблемно-решающее поведение (2).

На важную роль психотерапии в лечении СВД указывают многие авторы (4). Однако, выбор конкретных «мишеней» такого воздействия, обоснование индивидуально-личностного подхода требуют интеграции клинического и психологического методов исследования. В целях повышения эффективности психотерапии данной категории больных важно определить возможные психологические ресурсы личности для улучшения адаптации.

В связи с этим было проведено изучение динамики уровня субъективного контроля в ходе психотерапии больных с соматоформными расстройствами. В исследование включены 435 больных с невротическими расстройствами, проходившие курс лечения в Таллинском Центре психотерапии «Imago Arte» с 2003 по 2012 гг. (3). В соответствии с целью исследования была сформирована основная группа, состоящая из пациентов с соматоформными вегетативными дисфункциями

СВД (F45.3 – МКБ-10) (293 чел.) и контрольная группа, состоящая из пациентов с расстройствами адаптации РА (F43.2 – МКБ-10), (142 чел.). Исследование проводилось с использованием клинико-психологического (3) и экспериментально-психологического методов. Экспериментально-психологический метод был представлен методикой для исследования уровня субъективного контроля (УСК) (1).

При исследовании личностных характеристик пациентов выявлено, что субъективная локализация контроля над ситуацией в каждой группе пациентов имеет характерные особенности, подтвержденные статистически значимыми различиями. Согласно авторам методики, шкальные значения больше 5,5 стенов, позволяют отнести показатель к интернальному локусу контроля. Показатель общей интернальности в группе СВД $3,85 \pm 0,09$ стена и в группе РА $4,36 \pm 0,13$ стена имеет значимые различия на уровне $p < 0,001$. Тем самым, больные обеих групп характеризуются экстернальным локусом контроля, что указывает на установку перенаправления ответственности за значимые происходящие события внешним факторам, мало зависящим от собственной активности, при этом собственные силы недооцениваются, а фактор везения-невезения переоценивается. Однако, следует отметить, что при этом у больных из группы РА шкальное значение общей интернальности достоверно выше, что связано с личностными особенностями данных больных, которые в большей степени понимают свою роль в происходящих событиях, а соответственно и обладают большим психотерапевтическим ресурсом.

Анализ сравнения отдельных проявлений интернальности локуса контроля до лечения и после лечения показывает, что в группе РА экстернальный локус контроля сменяется интернальным в сфере общения (до лечения $4,92 \pm 0,13$, после $5,71 \pm 0,12$ стенов). Этот показатель также отражает наличие мотивации к межличностному общению и способность ее удовлетворить. У больных группы СВД этот показатель составляет (до лечения $4,25 \pm 0,09$, после $4,86 \pm 0,07$ стена), что статистически достоверно ниже, и относится к экстернальному локусу контроля ($p < 0,001$). Таким образом, процесс общения рассматривается больными с РА как результат собственной активности, а больными с СВД как результат обращений к ним других людей, мало связанный с их собственной инициативой.

Шкальные значения показателя интернальности в области достижений также различны в изучаемых группах ($p < 0,001$). Тем не менее, оценка данного показателя относит изучаемых больных к экстернальному полюсу субъективного контроля. В группе СВД этот показатель равен $3,74 \pm 0,08$ стена, в то время как в группе РА $4,72 \pm 0,14$ стена. Экстернальный уровень субъективного контроля над эмоционально

позитивными событиями и ситуациями, отражает зависимость пациентов от внешних факторов, определяющих общий фон их настроения. Больные испытывают трудности в осознании своего участия в процессе достижения, что в последствии не позволяет испытать положительные эмоции при достижении соответствующей цели. В этом отношении, также является низкой осознанность управления эмоциональными процессами. Однако следует отметить меньшее значение этого показателя в группе СВД ($p < 0,001$). Тем самым, больные с соматоформными расстройствами имеют меньшее количество ситуаций, позитивный исход которых они способны более адекватно соотносить со своими усилиями.

Показатель интернальности в области неудач, отражающий уровень субъективного контроля по отношению к эмоционально негативным событиям и ситуациям имеет большее шкальное значение у больных группы РА (в начале лечения $3,87 \pm 0,14$, в конце $4,47 \pm 0,12$ стена $p < 0,001$), в то время как в группе СВД этот показатель равен в начале $3,31 \pm 0,08$ стена и в конце $3,97 \pm 0,07$, $p < 0,001$. Таким образом выявляется экстернальный локус контроля в области неудач. Больные с расстройствами адаптации лучше понимают свое влияние на неблагоприятное развитие ситуаций, вызывающее негативные эмоции, и они в большей степени могут контролировать эти ситуации, снижая интенсивность негативных переживаний.

Шкальное значение интернальности в области здоровья у больных из группы СВД равно $4,02 \pm 0,09$ в начале лечения и $5,21 \pm 0,08$ стена в конце лечения ($p < 0,001$), что указывает на наличие экстернальных установок при интерпретации своего состояния, процесса и результатов лечения. Таким образом, больные не осознают влияния собственной личности, особенностей образа жизни на возникновение и течение заболевания, что соотносится с имеющимся у больных соматоцентрированным типом ВКБ (6). В группе РА показатель интернальности в области здоровья равен в начале лечения $4,56 \pm 0,12$ стена и в конце лечения $5,62 \pm 0,11$ стена ($p < 0,001$). Замена экстернального локуса контроля на интернальный свидетельствует о том, что в результате терапии больные начинают больше признавать собственное влияние на здоровье, что более соответствует психоцентрированному типу ВКБ у этих больных.

В семейных отношениях больные из изучаемых групп демонстрируют экстернальный локус контроля. В группе СВД шкальное значение данного показателя равно в начале лечения $4,11 \pm 0,09$ стена, в конце – $4,53 \pm 0,08$ ($p < 0,001$) а в группе РА в начале лечения $4,53 \pm 0,15$ стена, в конце $5,13 \pm 0,13$ ($p < 0,001$). Тем самым, больные склонны приписывать результат внутрисемейных отношений своим партнерам по браку, и у больных с соматоформными расстройствами эта тенденция выражена сильнее.

Показатель интернальности в области производственных отношений в группе СВД является низким и составляет в начале лечения $3,43 \pm 0,07$ стена, в конце $3,95 \pm 0,09$ ($p < 0,001$). Таким образом, больные с соматоформными расстройствами склонны рассматривать результативность профессиональной деятельности, особенности общения внутри трудового коллектива и т.п., как результат зависящий от удачного стечения обстоятельств, везения, помощи других сотрудников. При этом больным очень трудно взять на себя ответственность за выполняемую деятельность. Этот показатель в группе РА равен в начале лечения $3,79 \pm 0,11$ стена, в конце $4,58 \pm 0,10$ ($p < 0,001$) и также выявляет экстермальную локализацию контроля в области производственных отношений.

Обобщая полученные результаты можно сказать, что характер личностно-средового взаимодействия больных обеих групп в начале терапии характеризуется экстермальным локусом контроля по всем шкалам. В ходе терапии больные РА начинают больше принимать ответственность на себя, о чем свидетельствует появление интернального локуса контроля по шкалам здоровья и межличностных отношений. А у больных СВД несмотря на относительное повышение значений интернальности в ходе терапии сохраняется экстернальный локус контроля по всем шкалам.

Специфический спектр локуса контроля в конце терапии обуславливает повышенную психотравматизацию больных СВД в ситуациях неудач, общения и проблем в производственной сфере. Они воспринимают свое здоровье в большей степени зависящим от внешних воздействий, случайностей и практически не прилагают собственных усилий для его восстановления. Это означает, что больные предпочитают отрицать личную ответственность и имеют низкий уровень саморегуляции и недостаточное когнитивное оценивание ситуации.

Следует отметить, что полученные результаты в определенной степени связаны с особенностями интерпретативного стиля больных с соматоформными расстройствами. Наличие «соматогенной» концепции болезни (6) обуславливает отношение к своему заболеванию как соматическому и снижает мотивацию собственных усилий по преодолению страдания. Отмеченная в ходе исследования меньшая степень выраженности позитивных личностных изменений у больных СВД отражает специфические трудности эмоционально-когнитивной проработки в процессе психотерапии интрапсихических конфликтов и их связи с неврозом. Изменение экстернального локуса контроля на интернальный в сферах здоровья и общения у больных с РА свидетельствует об эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий, позволяет сформировать положительную лечебную и жизненную перспективу больного.

Список литературы

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК). М., 1993.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб, 2011, Изд. «Речь».
3. Вассерман Л.И., Рюмин А.В. Сравнительная характеристика динамики аффективно-поведенческих особенностей больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации в процессе психотерапии. Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике, СПб., 2012, Вып. XII, с.78-83.
4. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008.
5. Рюмин А.В. Имаготерапия больных с соматизированными невротическими расстройствами в амбулаторных условиях: автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 1994.
6. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза», автореф. дис. д-ра мед. наук., Л., 1986.
7. Moore S.M., Prior K.N., Bond M.J. The contributions of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary artery disease // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2007. V. 6. P. 137 -145.
8. Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychological Monographs. Vol. 80. 1966. (Whole No. 609).

АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Саидалиходжаева Д.Г., Бабарахимова С.Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской
психологии и психотерапии г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Актуальность: психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности (Филиппова Г.Г., 1999; Василенко Т.Д., 2011), оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины (Horrigan T.J., 2000; Rajulo M., 2001). Установлено, что частота возникновения аффективных расстройств возникает у беременных в зависимости от конституционально-личностных особенностей (Хломов К.Д., 2005), а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом (Земзюлина И.Н., 2009).

Цель исследования: изучить психоэмоциональные расстройства беременных женщин с учётом личностных особенностей для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных и правильного подхода к выбору психокоррекционной тактики.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 36 беременных женщин с эмоциональными расстройствами, состоявшими на учёте в районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности I-триместра из социально благополучных полноценных семей и в преморбиде ранее не обращавшихся к психиатрам и невропатологам. Ведущими методами исследования были клинико-психопатологический и катamnестический. Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности эмоциональных нарушений применялись: шкала Гамильтона, Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала астении; а для определения конституционально-личностных особенностей был использован тест-опросник Шмишека-Леонгарда.

Результаты: в ходе исследования были выделены четыре основные группы наиболее часто констатируемых аффективных нарушений: 1-я группа – тревожно-фобические расстройства выявлены у 20 обследованных женщин (55,5%), 2-я группа – тревожно-депрессивные расстройства у 8 женщин (22,2%), 3-я группа – дисфорические расстройства у 13,8% обследованных женщин, 4-я группа – астено-депрессивные расстройства у 3 женщин (8,5%) При исследовании личностных особенностей беременных женщин с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 исследуемых (8%), застревающий тип личности у 11 пациенток (30,5%), дистимический тип в 40% случаев (14 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 исследуемых (13,8%), в 8% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В зависимости от типа личности пациенткам были присущи такие черты как: склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности социальных контактов, импульсивность, раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, внутренняя напряженность, тревога, двигательное беспокойство, стремление к постоянной перемене места, страх перед предстоящими родами, неуверенность в собственных способностях в воспитании ожидаемого ребёнка, пессимистическое восприятие будущего.

Вывод: наиболее часто эмоциональные расстройства субдепрессивного уровня встречались у беременных с дистимическим типом личности. Коморбидные тревожно-депрессивные и фобические расстройства невротического уровня наблюдались у беременных с застревающим и тревожно-боязливым типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. Результаты проведенного исследования позволяют определить возможности проведения дифференцированного выбора

метода психотерапевтического воздействия с целью оптимизации психоэмоционального состояния беременных с учётом личностных особенностей, своевременно оказанной медико-психологической помощи для профилактики осложнений протекания беременности и периода родовой деятельности.

ВЫРАЖЕННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Саттаров Т.Ф.

*Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Ключевые слова: рак молочной железы, депрессия, тревожность.

Актуальность. Среди онкологических заболеваний у женщин рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место по частоте встречаемости. По данным ВОЗ (2014) Показатель заболеваемости среди женщин раком молочной железы составляет 43,3 на 100 000 населения. Тревожные и депрессивные расстройства являются основными психическими расстройствами при РМЖ [4, 5]. Большая часть женщин в ходе лечения по поводу РМЖ и после его завершения испытывают психологический дистресс, следствием чего является высокий уровень тревоги и депрессии [3, 6] Учитывая огромный риск развития депрессии онкологических больных, можно предложить проводить заблаговременное и оперативное психологическое вмешательство с целью устранения симптомов депрессии [1, 2]. На основе этих данных было проведено наше исследование для выявления психоэмоционального состояния больных РМЖ для дальнейшей разработки психотерапевтических и реабилитационных методов лечения.

Целью исследования. Определить уровень тревожности и депрессии больных раком молочной железы.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 50 больных раком молочной железы в I–III стадиях на базе Ташкентского областного онкологического диспансера. Средний возраст – 40,5±10,5 года. У всех больных было получено добровольное согласие на участие в исследовании. Больные с подозрением на психическую патологию и с выраженными акцентуациями характера в исследование не включались. Все больные получали комбинированный вид лечения: хирургический, дистанционной лучевой или лекарственной терапии. Исследование про-

водилось в период лекарственной терапии. Использовался следующий психометрический метод: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная A.S. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести тревоги и депрессии в условиях общей медицинской практики

Полученные данные были обработаны статистическим методом.

Результаты. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) обнаружено наличие тревожно-депрессивного состояния у 30,3% больных. Повышение тревоги отмечено у всех без исключения больных. Клиническое проявление тревожного состояния характеризовалось преобладанием напряжения, растерянности, отмечались эмоциональная лабильность и раздражительность.

У трети пациентов обнаружено депрессивное состояние (32,3%). В клинической картине депрессивной симптоматики преобладали подавленность, сниженное настроение, тоска, апатия, плаксивость.

Выводы. Исследование выраженности аффективных расстройств, таких как депрессия, у больных РМЖ, является важным компонентом для выбора тактики лечения и достижения приверженности к проводимой терапии. Таким образом, выявленные, в настоящем исследовании психологические особенности будут необходимы при определении стратегии психологической помощи больным РМЖ.

Список литературы.

1. Авдеев, Д.А. Депрессия – как страсть и как болезнь / А.Д. Авдеев. – М.: Мир, 2009. – 195 с
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. – М.: Гейррус, 2011. – 350 с.
3. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства / В.Я. Гиндикин. – М., 2000. – 256 с.
4. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life / O. Karakoyun-Celik [et al.] // Med. Oncol. – 2010. – Vol. 27 (1). – P. 108–113.
5. Lim C.C. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review / C.C. Lim, M.K. Devi, E. Ang // Int. J. Evid. Based Healthc. – 2011. – Vol. 9 (3). – P. 215–35.
6. Vahdaninia M. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study / M. Vahdaninia, S. Omidvari, A. Montazeri // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2010. – Vol. 45 (3). – P. 355–61.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ТУБЕРКУЛЕЗ: ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ

Синева А.И.

ГБУЗ «ГПБ №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург

Ученые разных стран на протяжении многих лет отмечают большую, в сравнении с общей популяцией, заболеваемость психически больных туберкулезом и их высокую смертность от этого заболевания. Туберкулез легких все больше сосредотачивается среди больных, страдающих психическими заболеваниями, алкоголизмом и наркоманией. В данном исследовании проведена попытка выявить особенности коморбидности туберкулеза и психических расстройств.

Целью исследования явилось выявление клинико-социальных особенностей контингента пациентов психотуберкулезных отделений Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы имени П.П. Кащенко и характеристик коморбидности туберкулеза и психической и наркологической патологии.

Материал исследования. Был проведен анализ 109 историй болезни пациентов психотуберкулезных отделений СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», проходивших лечение в разные периоды с 1946 по 2015 гг., из них 54 истории болезни за период лечения до 1990 г. включительно (первая исследуемая группа) и 55 историй болезни – с 1991 г. (вторая группа).

Результаты исследования. Пациенты обеих групп были представлены жителями Санкт-Петербурга (Ленинграда) и Ленинградской области. Средний возраст больных составил в первой группе 45,2 года, а во второй – 53,8. В первой группе больные распределялись по нозологической принадлежности следующим образом: чаще всего встречались алкоголизм и алкогольные психозы – в 38,9% случаев (21), шизофрения – в 29,6% случаев (16), в 6 случаях был установлен диагноз органического заболевания головного мозга (11,1%), еще реже встречались деменция, умственная отсталость и наркомания (по 2). Лишь в одном случае был установлен диагноз соматогенного психоза, обусловленного туберкулезом. У одного больного был диагностирован маниакально-депрессивный психоз, у троих пациентов – расстройства невротического круга. Во второй группе нозологическая принадлежность была представлена следующими диагнозами: чаще всего встречались шизофрения – в 38,2% случаев (21), у 15 больных было выявлено органическое заболевание головного мозга (27,3%), алкоголизм и алкогольные психозы отмечались в 11 случаях (20%), деменция встречалась

в трех, умственная отсталость, наркомания и соматогенные психозы – по 2 случая.

Всего в обеих группах у 60 (55%) больных в анамнезе отмечалось злоупотребление алкоголем (показатели в обеих группах распределились примерно поровну), употребление иных психоактивных веществ отмечалось в 4 случаях в первой и в 6 случаях во второй группах. Эти пациенты составляют особую группу, т.к. подавляющее большинство из них выписывались за нарушения режима.

Психическое расстройство развилось первым у 27 больных в первой группе и у 44 – во второй, у остальных сначала был диагностирован туберкулез, а психическое расстройство присоединилось позднее. При первичном выявлении примерно у половины больных были диагностированы деструктивные формы туберкулеза (29 пациентов в первой группе и 24 – во второй). Около 50% больных с ранее выявленным туберкулезом избегали посещения фтизиатра или посещали его нерегулярно. 23 пациента второй группы были ранее судимы (в первой группе всего 5 ранее судимых), 17 не имели собственного жилья (в отличие от двух пациентов из первой группы), у 22 больных родственные связи были утрачены (по сравнению с 4 пациентами, проходившими курс лечения в период до 1991 года).

Как показал анализ медицинской документации, в последние десятилетия чаще стали диагностироваться различные сопутствующие заболевания внутренних органов: у 17 пациентов из второй группы имела сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы (по сравнению с 12 пациентами, лечившимися до 1991 г.), с такой же частотой (17 во второй группе и 12 в первой) встречались сопутствующие неврологические расстройства. У 9 пациентов второй группы были выявлены вирусные гепатиты В, С или их сочетание (в первой группе – лишь у двух больных). Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и сопутствующими заболеваниями органов дыхания страдали по 3 пациента в первой группе (7 и 5 больных второй группы соответственно).

Выводы. В ходе исследования выявлены значительные динамические изменения социально-бытового статуса больных (увеличение количества больных, утративших жилье и социальные связи), а также определенный клинический патоморфоз (увеличение числа более тяжелых форм психических расстройств, первичность их возникновения по отношению к заболеванию туберкулезом, нарастание дополнительной коморбидности с гепатитами, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и неврологическими расстройствами). Выявленные особенности указывают на необходимость разработки и применения специальных программ психосоциальной реабилитации, необходимых этому кругу пациентов.

ПСИХОТЕРАПИЯ КАК РЕКОНСТРУКЦИЯ РАЗРУШЕННЫХ ИЛЛЮЗИЙ

Соловьева С.Л.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург*

Человек – существо субъективное, пристрастное, иррациональное. Поскольку психическая структура содержит в себе не только компоненты, отражающие реальность (процессы ощущения, восприятия), но также и оценивающие ее, определяющие ее значимость в данный конкретный момент для данного конкретного субъекта (эмоции) и мотивирующие для взаимодействия с ней определенным образом, психика всегда эту объективную реальность искажает. Степень искажения зависит от особенностей взаимодействующего с реальностью субъекта, как от его устойчивых, относительно постоянных характеристик, так и от ситуативных параметров.

Как существо субъективное, человек формирует для себя реальность, отвечающую его индивидуальным психологическим особенностям. Каждый выстраивает для себя такую субъективную реальность, в которой он может жить наиболее продуктивно; утрата этих иллюзий, выполняющих защитную функцию, может быть крайне травматичной. Не случайно, по мнению Б. Стоквиса, психотерапия может быть определена как реконструкция разрушенных иллюзий. Продуктивное психологическое вмешательство, с его точки зрения, предполагает сохранение тех субъективных условий, которые необходимы для выживания клиента. Психотерапия, по мнению Стоквиса – это не хирургическая операция, клиенту не должно быть слишком больно, когда он может умереть от болевого шока; в конце концов, если у одного отобрать костыль, он просто не сможет ходить.

Субъективная реальность выполняет задачу адаптации, позволяя конкретной психической структуре быть продуктивной в конкретных жизненных обстоятельствах, реализовывать собственные потребности, добиваться своих целей. Картина мира наполняется мифами и иллюзиями, сохранение которых в большей или меньшей степени в каждый момент времени значимо для выживания. Индивидуальная мифология содержит в себе как идеологические, религиозные, социально-значимые мифы, так и мифы индивидуальные, заимствованные из родительской семьи и сформированные в процессе собственной жизни. Мифология, как правило, содержит в себе не согласующиеся друг с другом и даже противоположные установки, ожидания и сценарии,

актуализирующиеся в ситуации, которая, как ключ к замку, подходит к соответствующему ей мифу.

Психотерапевт, помогая своему клиенту преодолеть трудную жизненную ситуацию, сталкивается с индивидуальной мифологией пациента, в соответствии с которой эта ситуация воспринимается, оценивается, переживается и преодолевается.

Психотерапевты по-разному относятся к субъективной реальности своих клиентов и по-разному с ней обращаются. В значительной части случаев психологическая помощь предполагает отказ от субъективных искажений, мифов и иллюзий клиента в пользу более объективной оценки трудной жизненной ситуации и поиска наиболее конструктивного решения, отражающего реальность. Это решение связано со значимостью объективной оценки окружающих людей и происходящих событий для выстраивания адекватных отношений и выбора адекватных форм поведения. Выбирая иллюзии, человек в определенной степени приносит в жертву реальную действительность, а значит, привносит в свою картину мира элементы ущербности и дефицита. Как отмечает К.Роджерс, всегда лучше иметь дело с реальностью, какой бы трагичной она ни была.

Психотерапия, в соответствии с традицией Роджерса, во многом связана с освобождением от иллюзий, которые мешают клиенту строить реальные взаимоотношения с реальными партнерами. Например, у молодых женщин кризисные состояния часто связаны с ситуациями, в которых выявляется несоответствие реальности имеющейся у них, часто неосознаваемой, психологической иллюзии «В жизни существует один-единственный мужчина, предназначенный для меня, без которого я никогда не буду счастлива». Следование этой установке толкает их на неадекватное поведение в отношениях с партнером, которому предъявляются нереалистичные требования; поиск несуществующего идеала может продолжаться в течение всей жизни, в конечном счете обрекая на одиночество и формируя обиду на всех потенциальных партнеров: «Все мужчины – предатели и негодяи». Более реалистичная оценка человеческой природы как в себе, так и в других людях, складывающаяся в процессе психологического взаимодействия с психологом-консультантом, помогает таким клиенткам научиться выстраивать более адекватные взаимоотношения.

Достаточно часто у клиентов обнаруживаются дезадаптивные состояния, обусловленные сложными межличностными взаимоотношениями с близкими людьми на фоне актуализировавшейся иллюзии «Мой друг – это человек, который всегда меня поддерживает, понимает и одобряет, всегда разделяет мои чувства и с которым мне всегда хорошо». Неоднозначная оценка сложных жизненных обстоятельств со

стороны близких людей, субъективно оцениваемая клиентом как предательство, может приводить к разрыву отношений и потери близких. Психологическая работа в этом случае, направленная на смягчение жестких установок клиента, предполагает формирование толерантности, основанной на отказе от оценочных суждений в черно-белых категориях добра и зла, толкающих на поиск виноватых и расправу с ними.

В подобных случаях в качестве ключевых условий для формирования психологических иллюзий у клиента наиболее часто выделяются: жесткая система внутренних ограничений, предписаний, запретов, сформированная воспитанием и мотивирующая поведение; преимущественная ориентация на внутренние ограничения по сравнению с внешними; дефицит «разрешения» на реализацию собственного жизненного пути. Познакомившись в процессе психологического консультирования со своими детскими ожиданиями, иллюзиями, представлениями о мире, пересмотрев их и выбрав себе те, которые на данный период жизни соответствуют реальности, клиенты получают возможность продвигаться по возрастной шкале, доделывая в каждом возрасте то, что в свое время по каким-то причинам не удалось доделать, завершая то, что почему-то не удалось завершить. Конечной, часто не вербализуемой и не осознаваемой целью психологического воздействия является обретение клиентом идентичности, которая и определяет реализацию им индивидуального жизненного пути.

Однако психологические ресурсы личности всегда ограничены; между тем реальная жизнь содержит в себе ситуации, для совладания с которыми этих ресурсов недостаточно. В таких экстремальных обстоятельствах, как смерть, тяжелая болезнь, потеря ключевых для личности ценностей, невыносимая реальность заполняется иллюзиями и мифами, смягчающими душевную боль.

Существуют общие для всех людей психологические иллюзии, сохранение которых позволяет действовать продуктивно и обеспечивает психологическое благополучие в экстремальных обстоятельствах, затрагивающих ключевые ценности, лежащие в основе картины мира. Разрушение этих иллюзий парализует способность человека к адаптации и выживанию. Одна из таких иллюзий – иллюзия собственного бессмертия – позволяет человеку действовать, вмешиваясь в происходящие вокруг события и оставляя свой след в жизни других людей при отсутствии гарантии продления жизни в каждый момент времени. Осознание того, что приходится совершать поступки, направленные в будущее, при отсутствии гарантий этого будущего, блокирует действие и мотивацию к нему, формируя безразличие и пассивное ожидание. Утрата иллюзии собственного бессмертия, возникающая в процессе осозна-

ния факта неизлечимой болезни и умирания, приводит пациентов к отчаянию, депрессивной безнадежности, пассивности и безразличию. Сохранение иллюзии бессмертия, в частности, поддерживается религией и философией, позволяя обрести чувство собственного достоинства, уважения к себе и к прожитой жизни как к части более общего процесса жизни, имеющего свою цель и смысл.

Иллюзия надежности и стабильности мира, которая поддерживается социальными и правовыми нормами, позволяет человеку строить долгосрочные перспективы при отсутствии уверенности в том, что окружающий мир не будет разрушен техногенной катастрофой или вмешательством инопланетных существ. Эта иллюзия рушится, например, с началом войны, революции, что сопровождается утратой соматического и психического благополучия значительного количества людей, появлением реактивных психозов, грубых нарушений поведения, сердечно-сосудистых катастроф. Утрата доверия к окружающему миру разрушает потребность действовать и добиваться успеха, формируя реакцию ухода в себя или в виртуальную реальность как более надежную и предсказуемую. В условиях идеологического вакуума ценностные ориентации также перемещаются в виртуальное пространство, в котором они только и могут быть реализованы.

Иллюзия собственной ответственности, также необходимая для выживания человека среди окружающих людей, поддерживается не только социальными и правовыми нормами, но также воспитанием, психологической коррекцией и психотерапией. В психологии приверженность этой фундаментальной иллюзии обозначается понятием «внутренний локус контроля». Осознание невозможности в полной мере контролировать события может быть болезненно: элементы случайности, непреодолимые препятствия и неконтролируемые обстоятельства заставляют человека вообще отказаться от какого-либо стремления к реализации значимых ценностей и целей. Однако, как показывают многочисленные наблюдения и научные исследования, если субъект живет в соответствии с иллюзией того, что он контролирует свою жизнь и несет полную ответственность за все происходящее с ним, то он более успешен и благополучен в отношении психического и соматического здоровья, чем другие люди, приписывающие ответственность обстоятельствам или воле окружающих. Иллюзия контроля, по мнению многих исследователей, повышает жизнестойкость. Американские психологи считают потребность во власти и контроле фундаментальной потребностью, свойственной человеку; реализация потребности контролировать происходящие вокруг события является необходимым условием психологического благополучия и компонентом счастья.

Четвертая базовая иллюзия, важная основа субъективной реальности каждого человека – иллюзия смысла его существования в целом и отдельных его действий в частности. Задача на смысл решается в процессе жизни, как правило, в периоды возрастных кризисов, в частности, в период подросткового кризиса или кризиса середины жизни, когда на фоне социального, профессионального, материального благополучия, обеспеченного решением социальных задач, таких как получение образования, профессии, создание семьи, встает вопрос о смысле происходящего, вопрос о предназначении личности и правильности ее жизненного пути. Если эта экзистенциальная проблема решается, индивидуальное существование приобретает смысл. Невозможность решить проблему часто вынуждает обратиться за профессиональной психологической помощью. При отсутствии смысла личность лишается внутренней психологической опоры; пустота заполняется формированием зависимостей, поведенческими и личностными расстройствами.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А., Маслакова Л.А.
*ФГБНУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии»,
Волгоград*

Фибромиалгию (ФМ) рассматривают как внесуставное ревматическое заболевание, которое характеризуется генерализованной болью и утомляемостью скелетной мускулатуры и снижением уровня болевого порога при пальпации в определенных точках. Несмотря на успехи в изучении ФМ, заболевание продолжает сохранять за собой особый статус одной из дискуссионных проблем ревматологии. По-прежнему актуален вопрос о причинах и механизмах развития первичной фибромиалгии, а вместе с тем, и поиск эффективных приемов совладания с болезнью.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязей между болевым синдромом и некоторыми особенностями психологического статуса у больных ФМ.

Материалы и методы. Обследуемая группа составила 100 человек, причем все пациенты были женщинами в возрасте от 24 до 51 года. Диагноз выставлялся в соответствии с диагностическими критериями, предложенными Американской ревматологической ассоциацией (АРА) в 1990 г. Все пациенты предъявляли жалобы на боли в 4 и более анатомических областях продолжительностью не менее одного года. Для

стандартизации результатов выраженности болевого синдрома в мышцах использовалась визуально-аналоговая шкала. Интенсивность мышечной боли от 0 до 3 баллов характеризовалась как слабо выраженная, до 7 баллов как умеренная, доставляющая беспокойство, и до 10 баллов как сильная, почти постоянная. Определение специфических диагностических точек осуществлялось методом пальпации. Точка расценивалась положительной в том случае, если пациент указывал на возникновение боли в месте пальпации при надавливании пропорционально давлению дозориметром с силой 4 кг/см². Средние показатели болевого синдрома составили 7,2±0,16 балла, количество диагностических болевых точек 14,27±0,25.

Исследование уровня невротизации проводилось по методике УНП в модификации Л.Л. Дмитриевой (1990 г.). Личностное реагирование на болезнь оценивалось по тесту ТОБОЛ (личностный опросник Бехтеревского института). Для диагностики использования психологических защит (ПЗ) применялась методика «Индекс жизненного стиля» (Е.Б. Клубова с соавт., 1995 г.).

Результаты. По степени выраженности болевого синдрома в мышцах больные с ФМ были разделены на две группы: I группа (57 человек) с умеренной, периодически возникающей мышечной болью и II группа (43 человека) с сильной, почти постоянной болью.

Изучение взаимосвязей полученных результатов по этим группам и теста ТОБОЛ показало, что присутствие сильного и постоянного болевого синдрома у больных ФМ было сопряжено с формированием неврастенического ($K_c=0,309$ при $p<0,05$), сенситивного ($K_c=0,265$ при $p<0,05$) и эгоцентрического ($K_c=0,211$ при $p<0,05$) реагирования. Среди лиц первой группы наблюдалась сопряженность с наиболее адаптивным эргопатическим типом отношения к болезни, обуславливающего компенсаторные тенденции ухода от болезни в работу.

При рассмотрении показателей невротического статуса в обеих группах больных ФМ были выявлены следующие результаты. Было отмечено, что среди у лиц I группы уже имело место достоверно значимое (при $p<0,05$) клиническое повышение депрессии (6,17±0,16 балла), астении (6,37±0,21 балла) и, особенно, тревоги (8,16±0,69 балла). С увеличением интенсивности мышечных болей до 8-10 баллов (II группа) показатели по шкалам депрессии (7,3±0,20 балла), астении (7,29±0,20 балла) и ипохондрии (6,16±0,30 балла) достоверно повышались ($p<0,05$).

Сравнение результатов действия психологической защиты в обеих группах больных ФМ показало, что достоверно значимые различия были получены только в отношении действия таких её видов как «Вытеснение», «Регрессия» и «Интеллектуализация». Таким

образом, рост болевых ощущений (II группа) у больных ФМ сопровождался увеличением напряженности наиболее примитивных и дезадаптивных психологических защит «Вытеснение» и «Регрессия», а также параллельным снижением напряженности наиболее зрелой защиты «Интеллектуализация».

Выводы. Таким образом, усиление болевых ощущений у больных ФМ ведет к формированию дезадаптивных вариантов отношения к болезни (неврастенического, сенситивного и эгоцентрического); сопровождается значительным ростом астено-депрессивных тенденций; а также ограниченным спектром использования наименее зрелых и адаптивных приемов психологической защиты личности в условиях болезни («вытеснение» и «регрессия»), что может указывать на дезадаптивный характер попыток совладания с болезнью и представлять существенные затруднения при проведении терапии этой категории больных. Полученные данные следует использовать при планировании индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий у больных ФМ.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Султанова К., Абдуллаева В.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
кафедра психиатрии с медицинской психологией,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Синдромы тревоги и страхов относятся к числу наиболее распространенных психопатологических феноменов детско-подросткового возраста [3]. Частота фобических нарушений в детской популяции составляет 7,7% [5]. Доля клинически выраженных тревожно-фобических расстройств в населении детско-подросткового возраста развитых стран составляет около половины от всей психической патологии в этой возрастной группе [6]. Несмотря на высокую распространенность тревожно-фобических расстройств в детско-подростковом возрасте, они длительно не распознаются или недооцениваются [1]. Интервал между возникновением очерченной фобической симптоматики и первичным обращением за специализированной помощью может превышать десять лет [2]. Такая ситуация обусловлена комплексом факторов, к которым относится частичная синонимичность базовых понятий «тревога», «страх» и «фобия», не позволяющая провести их строгое разграничение. Кроме того, к числу факторов, усложняющих своевременную и правильную

диагностику психопатологических образований фобического спектра, принадлежат возрастным особенностям этапа созревания, определяющие синдромальную незавершенность, полиморфизм клинических проявлений, а также незрелость психологических механизмов, ответственных за критическое отношение к психической патологии. В ряде исследований отмечается значимость семейных факторов в возникновении и развитии тревожных состояний у детей, которые, как правило, обусловлены дисфункциональными внутрисемейными отношениями [4].

Цель исследования – изучение эмоционально-личностных особенностей детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования нами было обследовано 35 детей школьного возраста с тревожно-фобическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента. Применялись клинико-психопатологические, экспериментально-психологические и клинико-статистические методы.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований было выявлено, что характерными личностными особенностями детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, были замкнутость, неуверенность в себе, зависимость от других. Они обнаруживали напряженность и возбудимость, иногда сочетающуюся с импульсивностью. Для них было свойственны неустойчивость настроения, повышенный уровень тревожных переживаний ребенка в последнее время, связанных с особенностями его самооценки, уверенности в себе и с оценкой перспектив; тревоги во взаимоотношениях со сверстниками; тревоги, связанной с оценкой окружающих. Также для них характерно снижение психической активности, обусловленное тревогой, и повышение вегетативной реактивности, также обусловленное тревогой.

При исследовании фобических расстройств нами было выявлено, что количество страхов, испытываемое детьми с тревожно-фобическими расстройствами, значительно превышает нормативные показатели для детей младшего школьного возраста. Значительную часть страхов, которые испытывали дети исследуемой группы, составляли инстинктивные страхи темноты, заболеть, стихии, замкнутых пространств, больших площадей, уколов, крови.

Используемые ими способы совладания со стрессом носили малоадаптивный характер. Для них были характерны проявления различных видов замещающих реакций, подавление эмоционального переживания ситуации и ее забывание, а также аффективное отреагирование, направленное как на себя, так и на окружающих. Можно было выделить

такие как «Кусаю ногти – схожу с ума», содержание которой отражает аффективное отреагирование с агрессией, направленной на себя; «Воплю, кричу – бью, ломаю, швыряю вещи», являющейся активным протестом, который происходит посредством аффективного отреагирования; «Бью, ломаю, швыряю – схожу с ума», с помощью которой происходит аффективное отреагирование с агрессией, направленной вовне.

Анализ различий в группе детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, исходя из их пола: мальчики склонны к недоверчивости, обидчивости и отсутствию интуиции в межличностных отношениях, они острее реагируют на неудачи, обнаруживают неустойчивость настроения и плохо контролируют свои эмоции, проявляя повышенную возбудимость на слабые провоцирующие стимулы, испытывают трудности при необходимости самораскрытия и склонны к снижению психической активности при переживании тревоги ($p < 0,05$). Страхи, испытываемые мальчиками, в большей степени, относились к инстинктивным страхам – уколов, резких звуков, врачей, крови. Для них характерно проявление различных замещающих реакций, содержание которых отражает проявления агрессии, направленной как на других, так и на себя («схожу с ума», «воплю, кричу», «бью, ломаю, швыряю вещи», «кусаю ногти, ломаю суставы пальцев»).

Девочки демонстрировали эмоциональную сензитивность, им свойственно богатое воображение, зависимость от окружающих и подверженность влияниям внешней среды. Они склонны испытывать тревогу при взаимодействии со сверстниками, родителями, учителями, а при совладании со стрессом прибегают к аффективному отреагированию посредством таких замещающих реакций, как крик и слезы («плачу, грущу»). Характерные для девочек страхи являются социально-опосредованными и среди них можно выделить страх людей и страх опоздания.

При изучении психологических особенностей родителей детей, страдающих тревожно-фобическими расстройствами, было выявлено, что отцы больных детей в полных семьях отличаются замкнутостью, эмоциональной неустойчивостью и напряженностью, а матери в этих семьях характеризуются уравновешенностью, и имеют склонность к соблюдению общепринятых моральных правил и норм, сдержанны в проявлении эмоций. Самоидентификация матерей из полных семей с большинством женщин свидетельствует об адекватном самовосприятии, в то время как самооценка отцов оказывалась несколько завышенной. В структуре личности матерей-одиночек преобладали такие качества как самоуверенность, реалистичность, независимость, для них были характерны жесткость по отношению к окружающим и сильно развитое чувство ответственности. Они хорошо умеют контролировать свои эмоции

и поведение и склонны к напряженности. Исследование самооценки в группе матерей-одиночек позволяет говорить об их недостаточной самокритичности, завышенной самооценке. Большинство женщин они воспринимают как неуверенных, пассивных и в меньшей степени эмоционально-раскрепощенных, нежели они считают себя.

Анализ семейных взаимоотношений показал, что в семьях с детьми, страдающими тревожно-фобическими расстройствами, выявляются устойчивые сочетания, которые образуют типы негармоничного воспитания ребенка в семье. В полных семьях отцы используют доминирующую гиперпротекцию и повышенную моральную ответственность, а матери доминирующую гиперпротекцию. Матери-одиночки проявляли слабый интерес к своему ребенку, им малоинтересен его внутренний мир и то, чем он живет, поступки ребенка не контролируются, и он предоставлен сам себе, воспитывая их по типу гипопротекции.

В зависимости от структуры семьи различным оказался вклад патологизирующего типа воспитания в усиление тревожно-фобических переживаний и паттерны малоадаптивного защитно-совладающего поведения детей. Патологизирующий тип воспитания способствовал увеличению страхов и усилению тревожной симптоматики, взаимосвязан с использованием детьми малоадаптивных защитных механизмов, направленных на уход от реальности и/или аффективное отреагирование. Негармоничный тип воспитания взаимосвязан с системой отношений ребенка, и сказывается как на его самооценке, так и на восприятии членов семьи.

Выводы. Таким образом, дети, страдающие тревожно-фобическими расстройствами, характеризовались искажением образов себя и значимых других, повышенной эмоциональной возбудимостью, фрустрированностью, использованием малоадаптивных стилей защитно-совладающего поведения и трудностями в сфере межличностных отношений. Характер расстройства проявлялся в большом количестве страхов и склонности реагировать на психогенные факторы нарастанием астении и повышением вегетативной реактивности. Выявлены гендерные различия в картине тревожно-фобических расстройств. Мальчики характеризовались недостатком интуиции в межличностных отношениях, повышенной реактивностью на слабые провоцирующие стимулы и испытывали трудности при самораскрытии. При совладании со стрессом они склонны к различным замещающим реакциям, содержание которых отражает проявления агрессии направленной, как на другого человека, так и на себя. Девочки демонстрировали зависимость от окружающих и были подвержены влиянию среды, испытывая тревогу, были склонны в качестве совладающего поведения использовать такие замещающие реакции, как крик и слезы.

Список литературы

1. Астапов В.М. Тревожность у детей. М.: ПЕР СЭ, 2001. – 160 с.
2. Головина А.Г. Динамика фобий в детско-подростковом возрасте. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008, №2. – С.65-70.
3. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. – М.: Союз, 2004.
4. Капланская И.Л. Влияние внутрисемейных отношений на течение тревожно-фобического расстройства у детей 7-10 лет// Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2011. – Т.5. – №1. – С. 84-95.
5. Малкова Е. Е. Тревожные расстройства в детском и подростковом возрасте. Теория и практика / В.М.Астапов, Е.Е. Малкова. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. – 368 с.
6. Мэй Р. Проблема тревоги. / Пер. с англ. А.Г. Гладкова. М.: ЭКСМО – Пресс, 2001.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ташлыков В.А.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург*

К наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям, в клиническую картину которых часто входят психосоматические реакции, относятся гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда. Риск развития данной патологии существенно увеличивается при наличии таких известных факторов как мужской пол, пожилой возраст, дислипидимия, артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, нарушение тромбообразования, низкая физическая активность, избыточная масса тела, злоупотребление алкоголем. Тревога и депрессия являются независимыми факторами риска развития артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца и должны рассматриваться в совокупности с признанными факторами риска. Нередко причиной тревожных и депрессивных переживаний является психоэмоциональный стресс. По длительности психотравмирующие воздействия (по DSM – 111 – R): острые психотравмы (длительностью менее 6 мес.), хронические (длительностью более 6 мес.). По степени воздействия: катастрофические (смерть ребенка, суицид супруга, стихийные бедствия, оказаться заложником, пребывание в плену); экстремальные (смерть супруга, родителей, тяжелые соматические заболевания у себя или у ребенка, стать жертвой насилия); выра-

женная (развод, бракоразводная ситуация, рождение первого ребенка, безработица, бедность); умеренная (женитьба, разлука, потеря работы, аборт, разлад в семье, серьезные финансовые затруднения, конфликт с начальством, быть «родителем – одиночкой»; незначительная (разрыв отношений с другом или подругой, началом или окончанием обучения, отъезд ребенка из дома, семейные ссоры, неудовлетворенность работой).

Именно этим заболеваниям свойствен высокий уровень распространенности, трудопотеря по болезни, инвалидизации и смертности, ими страдают 25-35% населения России. Терапевт, кардиолог постоянно встречается в практической работе с психосоматическими реакциями, прежде всего, с тревожными и депрессивными расстройствами у данных пациентов. При возрастании уровня тревоги и депрессии отмечается изменение активности симпат-адреналовой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем организма, что закономерно сопровождается изменением углеводного, белкового, липидного обмена, прокоагулянтными сдвигами гемостаза, нарушением функции эндотелия сосудов. Все эти нарушения могут приводить к усилению прогрессирования атеросклероза, повышению тонуса коронарных сосудов, увеличению нестабильности атеросклеротических бляшек, склонности к тромбообразованию способствовать утяжелению течения ишемической болезни сердца.

В последние годы внимание исследователей привлекает, в частности, высокая распространенность у больных с ишемической болезнью сердца тревожно-депрессивных расстройств, частота которых достигает 48-60%. Показано, что тревога и депрессия оказывают существенное негативное воздействие на больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. В ряде исследований установлено, что тревога и депрессия являются прежде всего сильным предиктором неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и повторных госпитализаций. Эти данные свидетельствуют о необходимости наиболее ранней диагностики тревожных и депрессивных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и своевременной коррекции этих нарушений, что может существенно улучшить качество жизни этих пациентов и уменьшить риск возникновения неблагоприятных событий и летальных исходов.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью болезни и психосоматическим подходом к пониманию пациента с психосоматическими реакциями при сосудистой патологии сердца лечение должно носить комплексный характер. Клиническая психотерапия и психофармакотерапия являются основой широкого спектра биологических, пси-

хологических и социальных воздействий в процессе лечения таких пациентов. Сосудистая патология, сопровождающаяся инвалидизацией требует адаптации, выработки нового поведения, установок и ценностей. Психотерапия направлена на адаптацию больного к этой новой реальности его жизни и повышение качества жизни.

При легких тревожных и депрессивных расстройствах внутренняя картина болезни (ВКБ) представляет основную мишень для психотерапевтических воздействий. Коррекция неадекватной ВКБ и связанных с ней психосоматических реакций осуществляется с помощью техник предоставления информации, разъяснения, убеждения, суггестии и эмоциональной поддержки. Обычно такие психотерапевтические задачи может осуществлять в работе с такими пациентами врач-терапевт. При выраженных тревожных и депрессивных расстройствах в центре психотерапевтических воздействий становится выработка антитревожного и антидепрессивного поведения с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии, которую в этих случаях проводит психотерапевт.

В рамках комплексного подхода наряду с психотерапией активно применяется психофармакотерапия, особенностями которой при сосудистой патологии сердца является селективность действия препарата, хорошая переносимость, безопасность, малая «поведенческая токсичность», отсутствие взаимодействия с базисной терапией и отсутствие привыкания и зависимости к ним. При тревожных расстройствах для терапевтов-анксиолитиками выбора являются феназепам, грандаксин, атаракс. Альпразолам и диазепам также могут быть применены, но не более 1 месяца из-за развития возможной зависимости к ним. С этой же целью, а также при наличии депрессивных расстройств в настоящее время на первый план выходят такие антидепрессанты как сертралин, пароксетин, велафаксин. В ряде случаев (повышенной возбудимости, раздражительности, расстройств сна) при отсутствии эффекта транквилизаторов могут использоваться «малые» нейролептики в минимальных дозах (например, тералиджен в дозе 5-15 мг/сут.).

Таким образом, психосоматические реакции часто сопровождают сердечно-сосудистые заболевания, затрудняя их диагностику, отягощая и обостряя течение этих заболеваний, снижая качество жизни пациентов. Лечение данных расстройств должно быть комплексным и включать как психотерапию, так и психофармакотерапию. Важным является также учет участия врача общей практики в коррекции психосоматических реакций у больных с кардиальной патологией.

ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ИПОХОНДРИИ: СТРАТЕГИИ И МИШЕНИ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Третьяк Л.Л.

*Центр «Искусство Перемен»,
Российская психотерапевтическая ассоциация, Санкт-Петербург*

Пациенты, страдающие так называемыми небредовыми формами ипохондрии довольно, часто первично обращаются к врачам соматического профиля, вызывая раздражение у специалистов своей настойчивостью, требованиями внимания, назначений необоснованного объема обследований, при отсутствии верифицированных объективных клинических и лабораторных данных. Распространенность не бредовой ипохондрии составляет от 19 до 58% пациентов поликлиник в общесоматической сети (Creed F., Barsky A. A., 2004; Maj M. et al., 2006).

Для формирования небредовых форм ипохондрии приоритетное значение имеют конституциональные факторы (соматопатическая конституция по K. Schneider) в форме особой чувствительности (гиперпатии) в восприятии телесных функций и особой детализации восприятия событий телесной сферы, а также особая личностная динамика, отражающая сочетание жестких психологических защитных механизмов и условной желательности болезни.

Как известно, первичная выгода соматизации состоит в устранении психического напряжения из сферы сознания, а вторичная выгода обусловлена социальной желательностью соматического регресса, который позволяет при помощи телесной дисфункции реализовать бессознательные цели привлечения внимания и контроля окружения пациента. Соматизация способствует переносу психического страдания в плоскость телесных функций, тем самым служит целям защиты самоуважения и стабилизации самооценки в ситуациях, угрожающих стабильности «Я-концепции» пациента. Таким образом, соматизация и ипохондризация защищает от переживания стыда и нарциссической уязвимости.

Лица, страдающие невротической ипохондрией, как правило, активны, деятельны, социально успешны. В случае неблагоприятной динамики возможно невротическое развитие личности по ипохондрическому типу, что сопровождается существенным снижением качества жизни пациентов данной группы, несмотря на отсутствие резко выраженных психопатологических изменений.

Терапевтические отношения при ипохондрии. Преобладание соматоцентрированного типа внутренней картины болезни создает большие сложности в формировании терапевтического альянса и сотруд-

ничающей модели отношений терапевта и клиента, которые являются основой для эффективной психотерапии (Ташлыков В.А., 1984). Пациенты с ипохондрическими расстройствами невротического уровня демонстрируют феномены описанной Д. Винникоттом множественной соматической диссоциации, противопоставляя мнения разных специалистов, предпочитают биологическое лечение психотерапии, обнаруживают преобладание жестких и примитивных психологических защитных механизмов, затрудняющих возможность исследования и осознания (отрицание, обесценивание, изоляция аффекта, склонность к гипосимволизации и алекситимии). Зачастую первичному приему психотерапевта у пациентов данной группы предшествует длительная череда обследований и консультаций ведущих специалистов в области соматической медицины. Среди пациентов с небредовой ипохондрией преобладают лица с истерической и шизоидной акцентуацией, что способствует распространению мистических и оккультных объяснений, беспокоящих их страданий и частые обращения пациентов данной группы к народным целителям. Таким образом, психотерапевт чаще оказывается завершающим звеном в цепочке, пройденной пациентами в поисках избавления от страдания. Коррекция отношения к болезни осуществляется на протяжении всего курса терапии, но представляется особенно важной на ранних этапах, так как попытки терапевта «забрать болезнь» у пациента путем самоэксплорации будут встречать неосознанное сопротивление и попытки обратиться к привычным биологическим методам лечения и сомнениям в эффективности терапии.

Дифференциальная диагностика невротической ипохондрии. Синдром невротической ипохондрии, который ранее был представлен как самостоятельная нозологическая единица- «ипохондрический невроз», в современных классификациях является составной частью сложных нозологических форм- соматоформных расстройств, ипохондрического расстройства, а также фобических неврозов (агорафобии, панического расстройства, изолированных фобий). Невротическую ипохондрию стоит дифференцировать от бредовой ипохондрии, чаще протекающей в форме паранойяльного расстройства с явлениями стойкой убежденности в наличии заболевания, с преобладанием сутяжно-кверулянтских тенденций, от которых специалист общесоматической сети защищен крайне слабо. В частности, недавняя инициатива чиновников о проведении повторной переаккредитации специалиста в случае любой жалобы пациента открывает «широкое поле деятельности» для пациентов данной группы. Ипохондрический бред у пациентов данной группы развивается как вторичный, на фоне измененной реактивности, соматопсихической деперсонализации, явлений психического автоматизма с чувством сделанности, первичных сенестопатий, носящих стойкий и

мучительный характер. Ряд авторов дифференцирует конэстезиопатический вариант, сопровождающий преимущественно патологическими телесными ощущениями и тревожно-фобический вариант, феноменологически схожий с агорафобией и кардиофобическим неврозом с последующим присоединением сложных форм избегающего поведения, ритуалами и нарастающим изменением эмоционально-волевой сферы.

Ипохондрическая симптоматика может представлять также «маску» депрессивных расстройств циклотимического уровня (субаффективных фаз в рамках описанной Д.Д. Плетневым в 1927 «циклосомии» или «депрессии без депрессии», а также соматизированного варианта дистимии). Для этих расстройств характерно наличие стойкого снижения настроения, нерезко выраженные признаки триады эндогенной депрессии Крепелина в форме снижения уровня побуждений и замедленности мышления, признаки суточной ритмики аффекта и наличие ранних пробуждений. У лиц с химическими зависимостями в ремиссии довольно часто развивается постаддиктивная ипохондрия с фиксацией на неприятных телесных ощущениях и стойким, но не резким снижением настроения. Подобное расстройство чаще развивается у лиц возбудимого круга, в период употребления склонных к асоциальному поведению. Ипохондрическая обеспокоенность с фиксацией на проявлениях конкретного заболевания развивается в рамках нозогенных реакций, наиболее часто – у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Как правило, невротическая ипохондрия развивается на фоне начальных явлений соматизации, легкой дисфункции дизэнцефальных структур, явлений вегетативной лабильности, то есть общевневротической симптоматики. Содержанием ипохондрических фантазий являются различного рода нозофобии (инфаркто-и инсультофобии, онкофобии, лиссофобии, танатофобии). На первых порах содержание страхов скрывается, развиваются компульсивные ритуалы проверки (чтение специализированных сайтов, сбор информации о природе болезни, очень частые обращения к врачам и дорогостоящим методам инструментальной диагностики (КТ и МРТ). Несмотря на очевидную и сознаваемую пациентами абсурдность возникающих предположений, создается порочный круг – внезапно усиливающиеся мысли о возможной болезни, сопровождающиеся диссоциативными феноменами в форме парестезии, онемения приводят к росту напряжения, сканированию разнообразной информации о возможном исходе предполагаемого заболевания, тревоги, достигающей степени ажитации, и последующим компульсивным ритуалом проверки (электрокардиография, осмотр терапевта либо невролога, томография или лабораторная диагностика). На короткое время ритуал приносит облегчение, затем цикл повторяется вновь.

Психодинамика невротической ипохондрии. Расстройство развивается на фоне ситуации длительного психоэмоционального напряжения. Невротическая ипохондрия чаще развивается у лиц с нарциссическими чертами характера, развившими так называемое «ложное SELF» (Н. Kohut, 1970). У таких личностей подлинная самость остается в тени преувеличенно гиперсоциальной, «рыночной» самости, обнаруживающей крайнюю степень зависимости от достижений и разного рода свидетельств достижений (материального обладания, власти, социального успеха). Таким образом, социальный фасад личности воспринимается как подлинная Самость. Ставка на достижения делает самооценку крайне уязвимой, и при утрате объекта, связанного с достижениями, либо напротив, в случае достижения желанной цели, становится очевидной хрупкость и уязвимость самооценки, так называемого «симптоматического SELF».

У лиц с пограничной личностной организацией (Masterson, 1980) колебания самооценки в значительной степени зависят от циклов идеализации/обесценивания и при утрате объекта, поддерживающего самооценку, также развиваются явления невротической ипохондрии. Согласно традиционной аналитической точке зрения, при ипохондрии происходит символический перенос отношения к другим людям на отношение к больным органам, как и в случае так называемых органных неврозов (Ференци Ш., 1916).

Таким образом ипохондрические фобии становятся проявлением сигнальной тревоги, при помощи которой подлинная Самость пытается достучаться до сознания личности, почти полностью отождествленной с «симптоматическим SELF» (Johnson S., 1984). Ипохондрическая тревога, как, впрочем, и невротическая тревога в целом, представляет собой сигнал, подлежащий расшифровке и толкованию, с целью изменения системы отношений, породившей симптом.

Поведенческая терапия невротической ипохондрии. Мишенью поведенческой терапии ипохондрии являются компульсивные ритуалы проверки состояния организма, в том числе так называемый «поиск заверений», хорошо знакомый соматическим врачам («скажите, я не умру?», «это точно не инфаркт?» «это точно не рак?»), измерения пульса и давления, компульсивной интернет-навигации с поиском информации о возможной болезни, а также избегающее поведение, проявляющееся в форме разного рода ограничений активности (например, избегание физической нагрузки при кардиофобии).

Основной техникой на ранних этапах становится техника экспозиции (предотвращения реакции), которая позволяет прервать порочный круг «нарастание тревоги-катастрофические фантазии-ритуал проверки состояния тела». Пациент постепенно разрушает сложившееся

устойчивые ритуалы, иногда вместе с терапевтом разрабатывая формы самоподкрепления (разрешить себе дополнительный отдых или вознаградить себя чем-то). При фобиях экстракорпоральной угрозы (страх заражения бактериями, содержащимися в бытовой грязи с ритуалом компульсивного мытья рук) экспозиция может быть дополнена погружением рук в грязь с предотвращением компульсивного желания немедленно помыть руки (Ромек В.Г., 2002).

Может также применяться парадоксальная интенция в форме ежедневного запланированного «часа болезни», когда пациент в течение некоторого промежутка времени сознательно вызывает и детально записывает мысли, относящиеся к болезни. В течении дня он может более спокойно перенести навязчивые мысли о болезни, относя их к этому временному промежутку (тем самым косвенно научаясь вытеснению – «об этом я подумаю завтра»). Ведение дневника также позволяет психотерапевту понимать способ структурирования пациентом собственного дня, распределение пациентом активности, установить связь между усилением ипохондрических мыслей и специфическими средовыми триггерами, а также степенью выраженности щадящего поведения и избегания (Warwick H.M.C., 1995).

В дополнение может быть предложена техника десенситизации в воображении (представление о возможном заболевании на фоне прогрессивной мышечной релаксации). Составление иерархии ситуаций, вызывающих страх позволяет выстроить программу последовательной проработки избегающего поведения. Например, пациент страдающий кардиофобией, может просмотреть научно-популярную передачу о болезнях сердца, затем пройти длительно избегаемое суточное мониторирование, потом совершить небольшую пробежку, с последующим увеличением нагрузки. Применение поведенческих техник позволяет прервать порочный цикл компульсивных проверок, а также обрести минимально необходимые навыки саморегуляции, убеждая пациента в самостоятельной способности контролировать симптом.

Когнитивные интервенции направлены на реатрибуцию возникающих ощущений. Проводится раскрытие искаженных интерпретаций пациентами своего состояния, конфронтация когнитивных искажений в форме катастрофизации, генерализации, избирательной абстракции. Весьма успешна такая форма работы реализуется в группах где пациенты имеют возможность сравнения собственного опыта, выявления общего рисунка и типичных когнитивных искажений, а также косвенного группового научения навыкам совладающего поведения. В последнее время популярными становятся методы концентрации и развития телесного осознания, медитация с фокусом на телесных ощущениях, с использова-

нием техник концентрации буддисткой школы Тхеравады, позволяющие уменьшить переживание беспокойства при наблюдении тела (Williams MJ, McManus F., Muse K., & Williams, 2011). Разделение собственно телесных событий и их мыслительных интерпретаций во время сканирования пациентом собственного тела способствует значительному уменьшению дисфорического компонента переживания тревоги.

Гештальт-терапия невротической ипохондрии. С позиций гештальт-подхода ипохондрическая тревога представляет собой проекцию в будущее некоего избегаемого переживания. В то же время в гештальт-терапии ипохондрия рассматривается также как ретрофлексия внимания (поворот внимания, изначально направленного на объекты внешней среды на объекты внутренней среды). Таким образом невротическая ипохондрия представляет собой «вотелеснивание внимания», как частный случай телесной символизации актуального поля социальных отношений (Martin L., 1998; Francesetti, G. and Gecele, M., 2009). Исследуя контекст возникновения ипохондрической фиксации, гештальт-терапевты побуждают пациента осознать внутренние причины подобного поворота. Довольно часто этому предшествуют события потери (близкого, значимой связи, работы), с последующим сужением круга обязательств. У большинства пациентов с невротической ипохондрией в преморбиде преобладают элементы ригидности внимания и детализированного мышления. Им свойственен высокий контроль внешних объектов, что часто отражается в выборе профессиональной деятельности, требующей точности и детализации. После утраты внешнего объекта цепкое внимание и детализированное мышление, а также ригидный контроль переходит на объекты внутренней среды.

Гештальт-анализ предполагает послынное исследование эмоционального опыта, сопровождающего катастрофические фантазии. С позиций гештальт-подхода нозофобия это просто фантазия, спроецированная в будущее ситуация, в свою очередь, отражающая так или иначе актуальную ситуацию и неосознаваемую потребность. В контакте с терапевтом пациент исследует зону фантазии, обращая внимание на сопровождающие этот процесс, и совершая «челночное движение» от символического значения и метафоры переживания, заключенной в конкретной нозофобической фантазии к поиску похожего процесса. Техники телесного фокусирования в гештальт-подходе и терапии фокусированием Ю. Джендлина довольно схожи и базируются на обратной связи между соматосенсорной перцепцией (сферой ощущений) и процессуальными метафорами, символизирующими неосознаваемые процессы.

Десоматизация ощущений, перевод их в плоскость личностных смыслов и составляет основную часть этой работы. Например, паци-

енту, страдающему онкофобией предлагается в настоящем времени и от первого лица (техника презентификации) рассказать собственную фантазию о конкретном заболевании от подтверждения диагноза до смерти. Довольно часто в данных фантазиях доминируют эмоциональные содержания одиночества, заброшенности, неразделимости его переживаний с другими людьми сопровождающиеся нарциссической обидой с сильным компонентом зависти к тем, кто остается жить. Совершая челночное движение к актуальным отношениям, мы можем выявить конфликт между симптоматическим и подлинным SELF, возникающий в результате сверхотождествления с социальной ролью (социальной идентичностью), при постоянном игнорировании подлинных желаний. В таком случае пациенту становится очевидно, что хроническое игнорирование собственных потребностей проецируется в данной фантазии («это не меня игнорируют, а я себя игнорирую») и аффективный заряд нозофобической фантазии ослабевает. Таким образом осознание игнорируемых потребностей позволяет перейти к следующему шагу гештальт-терапии, сформулированному Перлзом принципу «лечения ситуации». Как создать такую конфигурацию системы отношений, чтобы симптом стал излишним. Перефразируя фрейдовское «там, где было оно, пусть станет Я», гештальт-терапевты утверждают «пойми, что с тобой (за тебя) делает симптом, и сделай сам, но без его участия».

Общим элементом нозофобий является танатофобия. Желание смерти, воспетый Фрейдом в поздние годы жизни Танатос, проявляясь в структуре ипохондрических переживаний, также свидетельствует об определенной потребности. Свойственная фобическим неврозам динамика затрудненной сепарации от амбивалентно-нагруженного объекта, «чемодана без ручки» символизируется в фантазиях о внезапной смерти (чаще всего сердечной). Это содержание сближает динамику кардиофобии и агорафобии, объясняя их синдромологическую коморбидность. Желание резким образом прервать связь с амбивалентным объектом у лиц с пограничной организацией, может быть пережито только в форме страха, так как у них практически нет опыта успешных сепараций.

Инсультофобия косвенно отражает желание инфантильной зависимости и заботы. Беспокоящая пациентов фантазия о беспомощном положении в инвалидной коляске, с неспособностью себя обслуживать самостоятельно, отражает их желание стать объектом внешней заботы, и полностью отказаться от контроля. В то же время на уровне сознательного поведения пациенты с инсультофобией склонны к невротическому сверхконтролю собственного поведения и контролю поведения окружающих, реализуя сценарии «личности типа А». Конечно, подоб-

ные утилитарные интерпретации, не в полной мере отражают индивидуальные смыслы, и в феноменологически ориентированных методах лучшей интерпретацией является интерпретация самого пациента. Поиск значения переориентирует внимание пациента со сверхценной фиксации на собственно телесных ощущениях на исследовании контекста их возникновения.

Таким образом в гештальт-подходе ипохондрическая фобия понимается как достойное расшифровки послание подлинной Самости (витальной самоидентичности), которая не находит иного сигнала, способного достучаться до сознания, поэтому и выбирает сигналы высокой интенсивности, вплоть до танатофобии.

В дальнейшем пациент научается воспринимать ипохондрическую тревогу как корректирующий сигнал приборной панели автомобиля, стабилизатор курса, указывающий на нарушение системы отношений, что способствует улучшению самопонимания и аффективной саморегуляции.

Список литературы

1. Знаменитые случаи из практики психоанализа /Сборник. – М.: “REFL-book”, 1995, – 288 с.
2. Ромек В.Г. Основы поведенческой психотерапии. Ростов-на-Дону, 2002.
3. Стивен М. Джонсон. Психотерапия характера. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». М.: Центр психологической культуры, 2001. – 356 с.
4. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса: монография – Ленинград: Медицина, 1984. – 189 с
5. Barsky, A.J., Coeytaux, R.R., Sarnie, M.K. & Cleary, P.D. (1993). Hypochondriacal patient's beliefs about good health. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1085-1089.
6. Bouman TK. A community-based psychoeducational group approach to hypochondriasis. *Psychother Psychosom.* 2002 Nov-Dec. 71(6):326-32
7. Francesetti, G. and Gecele, M. (2009). A Gestalt therapy perspective on psychopathology and diagnosis. *British Gestalt Journal*, 18, 2, pp. 5–20
8. Martin L., Shame is Pride's Cloke Gestalt understanding of narcissistic behavior, 1998
9. Warwick H.M.C. Cognitive therapy in the treatment of hypochondriasis. *Advances in Psychiatric Treatment* (1998), vol. 4, pp. 285-295
10. Warwick, H. M. C. (1995). Assessment of hypochondriasis. *Behaviour Research & Therapy*, 33, 845-853.
11. Williams MJ, McManus F., Muse K., & Williams JMG (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 379–397.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ДИДАКТОГЕННЫХ НЕВРОЗОВ

Турчанинов Е.Е.

СПбГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург

Термин «дидактогения» был введён Платоновым К.И. вслед за другим обозначением – «ятрогения». Под ятрогенией понимают психическую травму, но причиняемую непосредственно врачом. Учёный изучал психологическое влияние учеников и учителей друг на друга в 60-е годы XX века. Однако долгое время исследования по этой теме не публиковались, а в литературе по педагогике, психологии и психиатрии имелись лишь отдельные упоминания.

С другой стороны, *дидактогениями* (от греческого *didaktikos* – научающий, *genesis* – рождающий) именуют «психическое расстройство, возникающее под влиянием названной разновидности психоэмоционального дистресса: неврозы и другие психогенные заболевания [1].

Исследования дидактогений, кроме случаев крайне жестокого обращения с детьми со стороны учителя, затруднено. Это связано с тем, что многие ситуации, приводящие к развитию дидактогений, выявляются поздно и с большим трудом. Некоторые медики, занимающиеся изучением неврозов, утверждают, что значительную часть составляют неврозы, возникающие по вине учителей, это 35-40% (Лебедев С.В., Дубровский А.А.). Ряд авторов (Бурменская Г.В., Каган В.Е., Новикова Е.В.) считают, что основной причиной школьной дезадаптации являются не сами промахи в учебной деятельности или отношения ребёнка с учителем, а переживания по поводу этих промахов и отношений.

Известный детский психолог Захаров А.И. отмечал, что именно повышенная «стимуляция» детей посредством угроз, осуждений, наказаний, в приоритете негативных оценок, порицаний, характерен для нашей системы образования. Данный фактор, прямо ведёт к нарушению психического здоровья, появлению дидактогений и развитию неврозов. Постоянные конфликты с учителями и родителями порождают у ребёнка чувство неуверенности в себе и неполноценности [3].

Платонов К.И. писал: «Дидактогения проявляется в школьной педагогике чаще, чем можно предполагать, так как в деле образования и воспитания приходится иметь дело с внушаемостью, особенно присущей детскому и юношескому возрасту» [4]. Поэтому часто психологи наблюдают детей пострадавших от дидактогении со своего рода болезненной застенчивостью, с навязчивыми страхами несостоятельности, бурной

эмоционально-вегетативной реакцией в ответственный неподходящий момент. Причём соответствующие переживания возникают по типу дидактогении, после резких замечаний педагога при выходе учащегося для ответа к доске. Отметим, что перечисленным выше расстройствам, вызванным дидактогенией подвержены главным образом тревожно-мнительные и зависимые учащиеся. Это дети, которые могут пострадать от несправедливого, неуважительного, предвзятого отношения педагога в силу особенностей своей психики (наиболее значимым фактором риска в этом случае, мы считаем, являются акцентуации характера).

Говоря о дидактогениях, дидактогенных неврозах, обычно подчеркивают, что психотравмирующей является в первую очередь сама система обучения.

Причины дидактогенных неврозов:

1. Экзаменационный стресс, или «стресс получения оценки»;
2. Информационно-временные дистрессы, которые обусловлены перегрузкой учебных программ, заставляющей самих учителей (а дома – родителей) постоянно спешить и торопить, подгонять учащихся;
3. Фрустрационные дидактогении обусловлены несправедливым отношением учителя, невозможностью ученика получить желаемую оценку, добиться ожидаемой похвалы учителя, крушением его ожиданий;
4. Коммуникативные дидактогении обусловлены психологически неграмотным построением общения учителей с отдельными учениками или всем классом.

Общие симптомы дидактогенных неврозов:

- пониженная мотивация учения или её отсутствие;
- постоянное угнетённое психическое состояние;
- заниженная учебная и личная самооценка;
- повышенная личностная и учебная тревожность;
- недостаточная интеллектуальная развитость, особенно в

сфере мышления, теоретического знания, и, как следствие несформированность учебных умений и навыков, особенно в сфере самоконтроля и объективной оценки результатов познавательной деятельности.

По данным болгарского исследователя Божанова И., во взаимоотношениях между учебнообразовательным процессом и развитием невроза обнаруживаются три аспекта.

Первый аспект – невротизирующее влияние учебно-образовательного процесса на обучающегося;

Второй аспект – невротизирующее влияние учебной работы на педагога;

Третий аспект – невротизирующее действие возникающий в ходе учебно-воспитательного процесса коммуникации ученик-учитель.

Дидактогенная, как психическая травма, вызванная педагогом, опасна тем, что у пострадавших учеников чаще всего развиваются:

- неадекватная самооценка;
- трудности в контактах со сверстниками;
- потеря интереса к учебе;
- повышенная внушаемость;
- трудности и конфликтное поведение в общении со взрослыми и сверстниками;
- подчиняемость (развитие чувства «конформности»);
- догматичность мышления (не развивается творческое мышление);
- агрессивное поведение (возможны: девиантное, или делинквентное поведение, а так же могут и возникнуть суицидальные попытки);
- тревожно-мнительное поведение.

Структуру взаимодействия самого общения педагога с учеником построена

по трём компонентам:

- когнитивный компонент (мысли, которые вызывает данный ученик у педагога);
- поведенческий компонент (реакции по поводу поведения ученика);
- аффективный компонент (чувственный компонент, а что чувствует учитель в процессе контакта с данным учеником, или группой учеников).

Чаще всего происходит так, что в целостности начинает работать полностью данная модель дидактогенного невроза, когда нарушается полная структура взаимоотношения между педагогом и учеником.

Для того что бы наладить отношения между педагогом и учеником важно своевременно подойти к этапу диагностики и коррекции взаимоотношения на этапе развития. Чаще всего отличным методом является когнитивно-поведенческая терапия, где как раз можно отработать все три уровня взаимодействия (когнитивный, поведенческий и эмоциональный компонент).

Рекомендации учителям и педагогам по выстраиванию эффективного взаимодействия с детьми:

1. Атмосфера теплоты, поддержки, доброжелательности в классе создает благоприятный фон для взаимодействия сверстников, и это помогает детям справиться со многими школьными проблемами;

2. Ощутимый эффект даёт установка учителя и поощрение желательного поведения, а не борьба с нежелательным вариантом;

3. Предъявление разумных требований и их объяснение позволяют ребёнку существовать в системе определенных (известных) ограничений. Непоследовательность, неожиданное изменение требований создают ситуацию неопределенности и тревоги;

4. Учителю необходимо избегать применения силы, угроз, унижения для контроля за поведением.

Для того чтобы выстроить эффективное общение с детьми, следует соблюдать ряд условий:

- первое – необходимо помнить об уважении к ребёнку, его нельзя унижать;
- второе – понимание должно предшествовать советам и наставлениям, нужно видеть и понимать переживания ребенка, не заставлять без необходимости оправдываться, объяснять свои ощущения;
- третье – важно научиться любить и ценить не успехи и достижения ребёнка, а самого ребёнка вне зависимости от его успехов. Плохим или хорошим может быть поступок, его и следует оценивать.

Таким образом, нужно учесть, что педагог работает целостно, то есть через свою личность с помощью примера, поступков (поведенческий компонент), образа мыслей (когнитивный компонент) и чувств, который возникают у него в процессе педагогической деятельности. Важно осознавать каждый компонент в контакте при взаимодействии с тем, или иным учеником и по возможности обращаться за помощью к смежным специалистам, психологам, психотерапевтам, или неврологам, с целью того, что бы предотвратить формирования дидактогенного невроза, или иных психосоматических расстройств.

Список литературы

1. Блейхер В.М. Крук И.И. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, НПО «Модэк». 1995 г. – 441 с.
2. Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидерс А.Г. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. Издательство МГУ, 1990 г., – 134 с.
3. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: «Эксмо-Пресс», 2000 г., – 448 с.
4. Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. Ленинград, 1935 г.
5. Прихожан А. «Но самое страшное место – у доски» // Первое сентября. – 2005 г. – № 38.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

*Федоряка Д.А., *Резникова Т.Н., *Селиверстова Н.А.,
**Моховикова И.А.

*ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН,
лаборатория стереотаксических методов,
**СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3
им. И.И. Скворцова-Степанова», Санкт-Петербург

Внутренняя картина болезни (ВКБ) представляет собой многокомпонентную внутриличностную структуру, связанную с восприятием, представлением и переживанием болезни, имеющую определённый нейрофизиологический базис. При всей изученности тематики неврозов и ВКБ при различных заболеваниях, этот сложный психологический комплекс практически не изучался у больных паническими атаками (ПА). Вместе с тем, эта проблема является чрезвычайно актуальной, поскольку при данном заболевании страдают преимущественно лица молодого возраста. **Целью настоящего исследования** являлось изучение ВКБ у больных паническими атаками в связи с задачами лечения, профилактики и реабилитации.

Для оценки ВКБ использовались беседа, наблюдение, комплекс психологических методик (опросник по ВКБ, ИСАС, СМИЛ, рисуночные тесты) и ЭЭГ-исследование. Исследуемый контингент составил 34 человека, из них 20 женщин, 14 мужчин, со средним возрастом 33 года (от 17 лет до 61 года), со средней длительностью заболевания 6,55 лет (от 1 месяца до 20 лет), и диагнозом «Паническое расстройство» (F 41.0), удовлетворяющим критериям МКБ-10.

Наиболее значимыми жалобами для больных ПА являлись эмоциональные (тревога у 79%, страхи у 67%), вегетативно-сосудистые (40%), а также навязчивые мысли (27%) и сниженная самооценка (27%). Среди них стабильными жалобами оказались эмоциональные, остальные отличались неспецифичностью, многообразием, неустойчивостью в динамике заболевания. Представления больных о своем состоянии в целом оказались полиморфными, неустойчивыми, мозаичными, раздробленными, или полностью отсутствовали. На поведенческом уровне это отражалось в попытках больных привлечь к себе внимание, сочувствие и помощь. Общие показатели страхов (по ИСАС) оказались значительно завышены как в женской, так и в мужской группах. Учитывая полную сохранность когнитивных функций по данным тестирования, страх у больных ПА может являться дезорганизатором не только поведения, но процесса формирования ВКБ.

По СМИЛ у больных ПА выявлен смешанный тип дезадаптации личности в 88% случаев, невротический в 6%, нормативный профиль в 6%. Наблюдалось также стабильное повышение по 4 шкале в 62% случаев, что, в сочетании с остальными данными СМИЛ, определяет особенности личностного реагирования больных ПА по гиперстеническому типу. Анализ основных компонентов ВКБ обнаружил выраженную потребность и мотивацию к лечению с целями, в основном, симптоматического порядка, отсутствие программ лечения, несформированные представления о болезни, прогнозе, полученных результатах лечения. Ожидаемые результаты лечения, как правило, были положительные. Выявлены нарушения в системе отношений больных, противоречивость ценностных установок, отмеченных при специальном опросе и в ряде рисуночных тестов.

Функциональное состояние ЦНС у подавляющего большинства больных ПА характеризовалось неустойчивостью нейродинамических процессов и усилением восходящих активирующих влияний. Отличительной чертой обследованных явилось выраженное повышение процессов возбуждения. Данные ЭЭГ свидетельствуют о патологической активации неспецифических систем мозга и дезинтеграции межцентральных и внутрицентральных взаимоотношений.

Таким образом, ВКБ у больных ПА целостно не сформирована, отличается отсутствием адекватной структуры, полиморфностью, мозаичностью и разнонаправленностью, что значительно затрудняет проведение психотерапевтических и других лечебных мероприятий. Поскольку формирование ВКБ у больных ПА сталкивается с ригидностью целевых установок, противоречивым взаимодействием как с врачом в процессе лечения, так и с самим собой относительно достижения выздоровления, нарушением саморефлексии и восприятия информации о себе и своей болезни, необходим поиск эффективных, краткосрочных психофизиологических методов коррекции.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ В СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ КАК ПРИОРИТЕТ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.

ФГУП «НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека»
ФМБА России, Санкт-Петербург

Введение. Преодоление последствий социально-психологического, духовного и социально-экономического кризиса, произошедше-

го в конце прошлого века, требует особого внимания к психическому здоровью работающих и населения. Сохранение психического здоровья в меняющемся мире с нарастающими угрозами среды обитания – важнейшая государственная проблема. На актуальность решения проблемы указывают исследования отечественных авторов [1-6]. В России при амбулаторном приеме в поликлинике психиатром-психотерапевтом выявлено в 10 раз больше психических расстройств, чем в ПНД, обслуживающим эту же территорию. Важно учитывать увеличение расходов организаций, занятых в сфере психического здоровья в 8,6 раз, а прирост стоимости лечения в 3 раза.

Принимая во внимание вызовы XXI века, приведшие к резкому ухудшению психического здоровья населения, необходимо среди основных приоритетов медицинской помощи выделять психиатрию, психотерапию и психопрофилактику. Научное обоснование роли и места психиатрии, психотерапии и психопрофилактики в развитии медицинской помощи и их реализация сложно без объективной оценки состояния психического здоровья пациентов и распространенности заболеваний [7-10]. При оценке формирования состояний психической дезадаптации и развития психических и психосоматических расстройств важно учитывать утрату значительной частью населения прежних идеалов и перспектив на будущее, проявляющуюся деструктивным поведением, психическими и психосоматическими расстройствами. Непонимание роли и места психотерапии в данной ситуации приводит к вакууму, заполняемому иррациональными устремлениями людей, фанатизму псевдорелигиозных сект, засилью целителей-кудесников и т.д.

Теоретико-методологической базой психотерапии и психопрофилактики в современных условиях служит системный подход. Психическое здоровье людей формируется сложными взаимосвязями различных факторов (конституционально-биологические, возрастные, личностные, социально-психологические, социально-экономические, эколого-гигиенические, информационные и т.д.).

Цель работы – показать приоритет развития психотерапии в условиях соматических больниц для формирования комплексной системы диагностики, лечения и реабилитации.

Материал и методы исследования. Для оценки ситуации с психическим здоровьем и обоснования приоритета оценки психического здоровья и психотерапии в условиях соматических больниц, лечения и реабилитации было проведено обследование пациентов, находящихся на лечении в городской общесоматической больнице №2. За период с 2013-2015 гг. психиатрами-психотерапевтами было проконсультировано 6818 пациентов. Из них 5321 (78%) нуждались в специализированном лече-

нии у психиатра или психотерапевта, т.к. страдали пограничными психическими и психосоматическими расстройствами различной степени выраженности.

Среди обследованных пациентов больницы более 35% страдали депрессиями различной степени выраженности и нозологической принадлежности, которые не были диагностированы, а пациенты не получали адекватного лечения. Более 40% больных неоднократно госпитализировались в стационары и длительно лечились в поликлиниках. Необходимо подчеркнуть, что диагностика и лечение этой группы «трудных больных» в обычных условиях малоэффективны, а результат – хроническое течение заболеваний, недовольство медицинской помощью и жалобы.

На необходимость принятия неотложных мер указывают масштабы проблемы психического здоровья для обеспечения психологической стабильности населения России, указывает следующее: в квалифицированной психолого-психиатрической помощи хотя бы раз в жизни нуждается 15-20% населения (ВОЗ, 2006), а среди всех обращающихся в поликлиники доля лиц с отдельными психическими расстройствами достигает 30%.

Критическая ситуация обусловлена ростом распространенности депрессии среди всех групп работающих и населения, которую можно назвать эпидемией XXI века. По данным ВОЗ (2006), распространенность депрессий в мире достигает 26% среди женщин и 12% среди мужчин, более 50% больных, обращающихся в поликлиники, обнаруживают отдельные признаки депрессии. По прогнозу ВОЗ, к 2025 году депрессия выйдет на первое место в мире по трудопотерям среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров – сердечнососудистые и инфекционные болезни. Среди социально-экономических последствий депрессии (по данным ВОЗ, 2006) производственные потери по причине психических расстройств могут превышать потери от утраты трудоспособности по другим причинам от 50 до 500%.

Крайне тревожным фактом является то, что врачами поликлиник депрессия выявляется лишь в 5% случаев. При этом депрессия находится на 1-м месте в мире среди причин неявки на работу, на 2-м – среди болезней, приводящих к потере трудоспособности, что указывает на социально-экономические последствия при непринятии соответствующих мероприятий. Важно учитывать роль депрессии, стресса и ППР в развитии инсульта. Ишемический инсульт в России поражает 450 тыс. чел. в год. Смертность при инсульте – 40%. Из лиц, выживших после инсульта, 80% – инвалиды. Инсульт развивается без симптомов у 70%. Последствия после инсульта – психоорганические расстройства,

сопровожающиеся депрессией и другими тяжелыми расстройствами здоровья.

Если не будут приняты эффективные меры, то к 2025 г. депрессия парализует экономическую жизнь как развитых, так и развивающихся стран. Около 60% всех самоубийств совершают больные с депрессией. В настоящее время остро стоит проблема выявляемости психических расстройств. Более 40% психически больных вообще не обратились бы за психиатрической помощью, если бы она не обеспечивалась в общемедицинском центре. В США по данным семейных врачей у 1/3 пациентов психические нарушения, но только 2-4% попадают к психиатру.

Подобная негативная тенденция требует своевременной разработки крупномасштабных мероприятий по организации психотерапевтической помощи работающим и населению, профилактике, диагностике и лечению этой самой многочисленной группы больных. Острота проблемы диагностики психических расстройств и развития психотерапевтической помощи в условиях соматических больниц и поликлиник требует пересмотра приоритетов в организации лечебно-профилактических мероприятий. Практический опыт показывает, что к психотерапевтам и специалистам в области пограничной психиатрии такие больные попадают после длительных госпитализаций и неэффективного лечения в различных стационарах, что наносит известный ущерб и здоровью пациентов, экономике, в ряде случаев дискредитации медицинской помощи.

Важно подчеркнуть, что по существующим нормативным документам, психотерапевтом может быть только психиатр, имеющий соответствующий стаж практической работы и прошедший специальную подготовку в области психотерапии. Но, такой высококвалифицированный специалист – психиатр-психотерапевт, работая в общесоматической больнице или поликлинике, лишается всех положенных льгот (нормы рабочего времени, зарплата, отпуск и др.), что не позволяет закрепить квалифицированных врачей.

Важно отметить и то, что в существующих тарифных соглашениях соматических больниц с ОМС отсутствуют психиатры и психотерапевты. Погоня за сиюминутной выгодой (мнимой) приводит к огромным финансовым потерям в перспективе.

Социально-экономический и медицинский ущерб, наносимый последствиями невнимания к развитию психотерапевтической помощи в условиях соматических стационаров очевиден. Подавляющее число больных нуждаются в дополнительной диагностике и лечении у психиатра-психотерапевта.

Особого внимания заслуживает ряд социально значимых хронических заболеваний, при которых ППР встречаются наиболее часто (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, эндокринные заболевания, аллергические и кожные заболевания). К специалистам в области пограничной психиатрии и к психотерапевтам такие больные попадают после длительных госпитализаций и неэффективного лечения в соматических стационарах. Данное обстоятельство наносит известный ущерб и здоровью пациентов и экономике.

У большинства обследованных больных ведущими были жалобы астенического и невротического характера (повышенная утомляемость и раздражительность, тревога и пониженное настроение, фобии, снижение работоспособности и др.). Отмечались расстройства функций вегетативной нервной системы, нейрогуморальной регуляции, формирующие психосоматические заболевания. Системные расстройства психического здоровья обычно начинались с вегето-сосудистой дистонии, а затем формировалась клинически очерченная патология со стороны нервной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, эндокринной и др. систем. У части обследованных лиц ППР не достигали нозологически очерченного уровня. Астеноневротические и тревожно-депрессивные проявления были ведущими, как по степени выраженности, так и по частоте встречаемости.

Сложившаяся ориентация врачей на выявление органной соматической патологии у данных контингентов себя не оправдала и не имеет перспектив.

Основными направлениями по улучшению диагностики психических расстройств и развитию психотерапии в условиях общесоматических больниц могут быть следующие:

- разработка теоретических и методических основ применения современных медико-психотерапевтических, клинко-психологических и психофизиологических методов диагностики, лечения и реабилитации;
- разработка системы контроля текущего психического и психосоматического состояния здоровья людей, прогнозирования их надежности и ответственного поведения в различных условиях среды обитания;
- разработка научных основ и выработка рекомендаций по методам психотерапии, управлению психическим здоровьем, формированию доминанты ответственности в целях повышения качества здоровья и образа жизни;

- разработка рекомендаций к выбору методов психотерапии и планированию психопрофилактических мероприятий, с учетом нозологии и клинических проявлений заболеваний, личностных особенностей пациентов, приоритетных медико-психологических критериев и прогнозов эффективности.

Понимание связей и взаимоотношений соматических и психических процессов и состояний человека в условиях быстро меняющейся обстановки занимает все большее место в комплексной оценке состояния психического здоровья. Психофизиологическое состояние человека является чувствительным индикатором негативного воздействия на здоровье условий труда, социально-психологических и экономических условий, что определяет концепцию интегрированного, междисциплинарного подхода к исследованию системы «человек – среда обитания» и обоснованный выбор лечебно-реабилитационных мероприятий.

Использование системного подхода в психодиагностике и психотерапии, являющегося методологическим принципом, раскрывающим сущность проблемы «человек – среда обитания», предусматривает следующее:

- дифференциацию факторов, влияющих на возникновение повышенного нервно-психического напряжения, формирующего состояния психической дезадаптации, или заболеваний и факторов, влияющих на обострение течения уже имеющихся личностных отклонений или заболеваний;

- выделение различных внешних факторов и причин, обуславливающих риск возникновения повышенного нервно-психического напряжения, состояний психической дезадаптации и, как следствие, – нозологически очерченных психических или психосоматических расстройств;

- квантификацию роли конкретных факторов, действующих на человека в различных условиях, определяющих специфичность или отсутствие таковой в возникновении расстройств психического здоровья, выделение специфичности только для определенных условий;

Используемый в наших исследованиях системный подход для установления причинно-следственных связей психогенеза опирается на комплексную оценку психического, соматического и социального здоровья человека и среды обитания, что обеспечивает выбор методов психотерапии.

Разработанная и реализованная нами система комплексных программ сохранения психического здоровья базируется на следующих основных составляющих:

- проведение научных исследований по фундаментальным медико-социальным, медико-психологическим и медико-гигиеническим аспектам психического здоровья работающих в экстремальных и обычных условиях;

- обоснование и выбор государственных мероприятий, направленных на прогнозирование ситуации с психическим здоровьем работающих и населения, охрану и укрепление здоровья выделенных контингентов работающих, выявление саногенных и патогенных факторов при отдельных нозологических формах патологии, обуславливающих риск возможных инцидентов или аварий;

- научное обоснование путей формирования, поддержания и укрепления здоровья лиц, находящихся на лечении в соматических стационарах, разработка социальных и медико-биологических мер профилактики разных форм патологии, а также применение мониторинга с использованием методов комплексной оценки результатов восстановления здоровья.

Важно подчеркнуть необходимость формирования системы получения объективной информации о психическом здоровье, т.к. данные из медицинских амбулаторных карт и официальной медико-статистической отчетности можно использовать только для выработки предварительных рабочих гипотез.

Заключение. Принимая во внимание рост распространенности пограничных психических расстройств и психосоматических заболеваний, лечение которых эффективнее методами психотерапии, целесообразнее с экономических и лечебно-диагностических позиций в многопрофильных больницах организовать «отделения психотерапии неврозов и психосоматических расстройств». Для исключения концентрации больных с невротическими расстройствами и взаимоиндукции, организовывать подобные отделения целесообразнее без коечного фонда, но с хорошим оснащением.

Организация отделений психотерапии неврозов и психосоматических расстройств в соматических больницах снимет существующую настороженность пациентов к психиатрии (важно учитывать менталитет населения), обеспечит своевременную диагностику психосоматических расстройств и доступность психотерапии. Подобные отделения в соматических стационарах необходимы для своевременной диагностики расстройств психического здоровья, психотерапии и выбора лечебно-восстановительных мероприятий.

Для развития современной медицинской помощи необходимо пересмотреть существующие и разработать новые нормативно-методические материалы по развитию психотерапии в соматических

больницах. Многочисленные научные факты и экономическая целесообразность указывают на приоритет организации отделений психотерапии неврозов и психосоматических расстройств в условиях многопрофильных соматических больниц.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. – М., ГЭОТАР-Мед., 2004. – 235 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. 4-е издание. Переработанное и дополненное. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
3. Дмитриева Т.Б. Психиатрия; национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
4. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 573 с.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина. 2011. – 432 с.
6. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006.
7. Филиппова, Ю.В. Методические рекомендации «Экспресс-оценка предболезненных состояний и пограничных психических расстройств в условиях МСЧ/ЦМСЧ, поликлиники и общесоматического стационара» / Ю.В. Филиппова // Утв. 24.04.2003 г. Федеральным управл. «Медбиоэкстрем» МЗ России. – М.: – 2003. – 52 с.
8. Филиппов В.Л. Реализация концепций ВОЗ и МОТ по сохранению здоровья работающих с особо опасными токсичными химическими веществами / В.Л. Филиппов, В.Р. Рембовский, Ю.В. Филиппова, Д.С. Медведев. В журн. Медицина экстремальных ситуаций. №4 (46) 2013. М., – 2013. С. 47-54.
9. Филиппов В.Л. К проблеме нормы и патологии психического здоровья в превентивной профпатологии / В.Л. Филиппов, Ю.В. Филиппова. В журн. Медицина экстремальных ситуаций. №1 (51) 2015. М., – 2015. С. 8-16.
10. Филиппов В.Л. Методология и системный анализ комплексной оценки фонового состояния здоровья населения, проживающего на территории, прилегающей к космодрому «Восточный», для последующего мониторинга / В.Л. Филиппов, В.Р. Рембовский, Ю.В. Филиппова, О.М. Астафьев. В журн. Медицина экстремальных ситуаций. №2 (52) 2015. М., – 2015. С. 53-60.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОЗИЦИИ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

Черенков А.А., Обухов Н.Г.

*БУЗ Республиканский наркологический диспансер
МЗ Удмуртской Республики, г. Ижевск*

Проблема аддикций является актуальной на протяжении всей истории человеческого общества. Эта проблема многогранна и включает в себя множество аспектов: как то: социальных, медицинских демографических et cetera. Так, например, проблема алкогольной зависимости является едва ли национальной особенностью нашей страны с момента ее образования. Проблема опиоидной наркомании, а также наркомания т.н «дизайнерскими наркотиками» являются более «молодыми», но пожалуй более значимыми для общества в целом и для медицинского сообщества в частности, поскольку по степени и скорости влияния на «биологическую безопасность» нации, наркомания значительно превосходит алкоголизацию.

Для решения данных проблем существует сеть специализированных учреждений и отделений, как в гражданском, так и пенитенциарном секторах здравоохранения. Однако в используемых в этих учреждениях моделях ведения и лечения данных пациентов практически не учитываются нюансы состояния их преморбидного фона. В основном, в программу лечения от наркотической и алкогольной зависимости включаются методы реабилитации, с их фармакологической, психологической и социально-воспитательной составляющими. Зачастую за «бортом» данных программ остаются вопросы «острой коррекции» интоксикации различного генеза, неотложных состояний обусловленных как основным заболеванием, так и сопутствующей патологии с использованием достижений анестезиологии и реаниматологии.

Работа выполнена на базе Республиканского наркологического диспансера (РНД) Минздрава Удмуртской Республики. РНД функционирует с 1976 года. В настоящее время РНД представляет собой крупное лечебное – диагностическое учреждение. Имеет в своем составе поликлинику на 700 посещений в день, стационар на 225 коек круглосуточного пребывания и 10 коек дневного пребывания, где оказывается специализированная наркологическая помощь. Для ургентной помощи предусмотрено отделение анестезиологии и реанимации (ОАР) на 6 коек, открытое постановлением правительства Удмуртской Республики от 5 февраля 2007 г.

Основными задачами отделения являются:

- осуществление комплекса мероприятий по реанимации и интенсивной терапии пациентов, поступающих из отделений диспансера и больных, доставленных бригадами скорой медицинской помощи с острыми нарушениями функции жизненно важных органов, возникших вследствие приема наркотических веществ, до стойкой стабилизации их деятельности;

- осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению специальных методов терапии наркологических больных с использованием технологий анестезиологии – реаниматологии;

Врачебный персонал, работающий в отделении, имеет квалификацию анестезиолога-реаниматолога. Госпитализации в отделение анестезиологии-реанимации подлежат:

- больные с острыми нарушениями гемодинамики, расстройствами дыхания, другими расстройствами функции жизненно важных органов и систем на фоне передозировки наркотических веществ;

- тяжелые абстинентные состояния у наркозависимых больных с сомато-неврологическим отягощением, представляющим реальную угрозу для жизни пациента;

- urgentные состояния у больных, находящихся на госпитализации в отделениях диспансера;

- осложнения лекарственной терапии, проявляющиеся острыми психотическими состояниями – как в результате психофармакотерапии, так и в результате лечения препаратами общесоматического действия;

- острые соматические осложнения психофармакотерапии;

- осложнения методов интенсивной биологической терапии;

- острые осложнения соматических заболеваний, травмы и кровотечения у больных при невозможности срочного перевода их в профильное лечебное учреждение (из-за нетранспортабельности состояния);

- плановые больные для проведения специальных методов терапии с использованием технологий анестезиологии-реаниматологии.

Отделение анестезиологии-реанимации обеспечено: наркозно-дыхательной, реанимационной, контрольно-диагностической, вспомогательной аппаратурой и другим специальным оборудованием, неснижаемым запасом медикаментов, трансфузионными средами и системами в количествах, необходимых для полноценного проведения наркоза, реанимации и интенсивной терапии (не менее трехсуточного).

Показанием к переводу в отделение анестезиологии – реанимации было прежде всего проявление витальных дисфункций: рас-

стройства гемодинамики, дыхательная недостаточность. Значимым показанием для перевода в отделение являлось также психоэмоциональное возбуждение, сопровождающееся агрессией и аутоагрессией.

В исследование включено 2410 пациентов, прошедших через ОАР РНД в течение почти 10 лет. Из них: с алкогольными проблемами 966 (40,08%), с отравлением дизайнерскими наркотиками – 942 (39,09% – причем практически все в период 2014-2016 гг., и, в основном, по линии БСМП), «опиоидные» (в основном героиновые, и, в основном, в период 2007-2011 гг.) наркоманы составили 18,76% (452 человека) и оставшиеся 50 человек (2,07%) с отравлениями ПАВ растительного происхождения et cet.

Мужчины составили 77,3% и женщины 22,7% соответственно. Средний возраст составил 43,78±9,07 (от 15 до 74 лет) года у больных с алкогольными проблемами, 32,14±7,91 (14 – 52 года) года у пациентов с опиоидной наркоманией и 25,18±4,11 (8-45 лет) лет у больных с отравлениями дизайнерскими наркотиками, при этом несовершеннолетние составили 18% от их числа.

При ретроспективном анализе историй болезни наших пациентов подтвержден, в целом, тезис о наличии у подавляющего большинства из них сопутствующей соматической патологии.

Так, например, преморбидный фон у «опиоидных» больных выглядел следующим образом: в 21,43% случаях в преморбидном фоне фигурировала ВИЧ – инфекция различных стадий. У 44,62% имели место гепатиты С и В, при этом у 14,87% гепатит С сочетался с ВИЧ инфекцией.

Основной кардиальной патологией у данной категории больных был бактериальный эндокардит (129 пациентов – 27,21%). Эти больные потребовали серьезной антибактериальной терапии, а также и инотропной поддержки. В данной группе больных имел место 1 летальный исход у больной с выраженной полиорганной патологией и терминальной фазой ВИЧ – инфекции, однако по результатам прозекторского исследования основной причиной смерти был выставлен именно бактериальный эндокардит.

У 45 больных (9,96%) имелась септическая пневмония в т.ч. пневмоцистная пневмония у 3 (все трое больных – ВИЧ-инфицированные). Всем этим больным потребовалась массивная антибактериальная терапия, включающая в себя несколько курсов антибиотиков, респираторная поддержка, при этом 17 больным потребовалась ИВЛ в различных режимах. Было зафиксировано 2 летальных исхода (4,44%). Оба летальных исхода имели место у больных с сочетанной ВИЧ-инфекцией. Еще у 3,59% больных имел место туберкулез легких различных форм.

У 5,64% больных зафиксировано желудочно – кишечное кровотечение, потребовавшее интенсивной гемостатической терапии. У всех больных с желудочно-кишечным кровотечением имелся в анамнезе гепатит С, с тяжелыми расстройствами функций гемостаза.

Больные с алкогольного профиля также имели достаточно серьезные соматические проблемы. Так, по результатам обязательного рентгенологического исследования при госпитализации, 517 пациентам (53,52%) был выставлен хронический бронхит различных стадий, пневмосклероз, эмфизема, фиброз. Т.е у более половины больных алкогольного профиля имела место та или иная комприметация дыхательной системы. Следует впрочем, отметить, что клинически дыхательная недостаточность проявлялась у них не часто. Так лишь 43 (4,45%) пациента потребовали той или иной респираторной поддержки. 11 больным (1,14%) потребовалась интубация трахеи и ИВЛ в различных режимах.

Кардиальная патология была причиной перевода в ОАР у 112 «алкоголиков» (13,81%). Касаемо нозологии у лиц с алкогольными проблемами: это были проявления хронической сердечной недостаточности у 66 (58,93%) больных, гипертонической болезни в 32 (28,57%) случаях, и «острые коронарные проявления»- ИБС у 9 (8,04%) пациентов и инфаркты у 5 (4,46%). Практически у 8 (7,2%) пациентов потребовалось проведение инотропной поддержки допамином. Пришлось перевести в профильные стационары 18 (16,07%) больных, что, учитывая профиль наших пациентов, требовало привлечения административного ресурса. Летальность в этой группе составила 5,36% (6 больных). У всех умерших больных при патологоанатомическом исследовании была выявлена миокардиопатия.

Касаясь же «новых», дизайнерских наркоманов, следует отметить что несмотря на ингаляционный путь введения у потребителей СПАЙС-ов не было зафиксировано сколь либо серьезных изменений со стороны дыхательной системы. По видимому это связано как с высокой скоростью элиминации СПАЙС-ов, так и с более молодым возрастом пациентов из этой группы. В тоже время при потреблении т.н. «солей» пневмонии были зафиксированы у нескольких пациентов. По видимому, это связано, как с инъекционным путем их введения, так и с тем, что часть «старых» наркоманов, со своим преморбидным фоном перешла на потребление синтетических катионов.

Следует отметить еще одну, специфическую, характерную для наркологических стационаров проблему. Зачастую рекомендуемые схемы лечения, особенно у больных «опиоидного профиля» не учитывают ни антропометрических (прежде всего роста-веса соотношения), ни лабораторных данных, ни возможности обеспечения сосудистого доступа, и, как следствие, инфузионно-трансфузионной программы, которая быва-

ет необходимой во всех фазах наркомании. Это приводит к неоправданно большому и не всегда управляемому назначению различных сильнодействующих препаратов, прежде всего нейролептиков и седатиков, per os или в/мышечным способом. В свою очередь бесконтрольное назначение препаратов приводит к нейролептическому синдрому, дыхательной недостаточности, «застойной» и даже к аспирационной пневмонии.

Таким образом, проблема оценки состояния преморбидного фона у наркологических больных представляется актуальной, а его недооценка может привести к серьезным осложнениям и даже повлиять на прогноз ad vitam у этой категории больных. Все это диктует требования к четкому взаимодействию всех служб наркологического стационара. Необходимо максимально ускорить диагностический поиск, что в свою очередь требует усиления лабораторного (общеклинического и химикотоксикологического) звена, отделения функциональной диагностики et cet. Требуется также ранняя терапевтическая и неврологическая консультация. От врачей наркологов требуется более взвешенно подходить к назначению схем терапии и, наконец следует привлекать врачей ОАР на всех этапах пребывания больного в стационаре.

Список литературы

1. Бутров А.В. Купирование опиоидного абстинентного синдрома антагонистами опиатов под общей анестезией // Бутров А.В., Гофман А.Г., Цимбалов/, Пособие для врачей. М., 2000, 20 с.
2. Веселовский Н.В. Наркотики. Свойства. Действие, Фармакокинетика, Метаболизм. // Веселовский Н.В., Коваленко А.Е., Папазов И.П., Галузин К.А., Москаль И.В., Шибанова Н.И./, Пособие для работников наркологических больниц, наркодиспансеров, химико – токсикологических и судебно – химических лабораторий. Издательский дом «Нарконет» М. 2002, 232 с.
3. Громов М.С. Клинические аспекты ангиохирургических и гнойных осложнений у наркозависимых и ВИЧ – инфицированных больных. // Громов М.С., Лузин В.В., Блувштейн Г.А., Незнамов М.М., Кулаков В.В./ – В сб. VII Всемирная международная конференция. Актуальные вопросы профилактики, диагностики и терапии хирургической инфекции. Сборник материалов. ЦВДО «Подмосковье» 1 – 2 ноября 2007 г. М., С. 53-54.
4. Карлова Т.Б. К вопросу об организации отделения анестезиологии – реанимации наркологического диспансера в условиях индустриального города. // Карлова Т.Б., Обухов Н.Г., Черенков А.А./ – В сб. Всероссийский конгресс анестезиологов – реаниматологов и главных специалистов «Современные достижения и будущее анестезиологии – реаниматологии в Российской Федерации» М., 2007, С. 5-6.
5. Методика проведения ультрабыстрой опиоидной детоксикации в практике медицинских учреждений уголовно – исполнительной системы. Методические рекомендации (авторы – составители: Черенков А.А., Караваев В., Обухов Н.Г. и др.), «Книгоград», Москва – Ижевск, 16 с.

УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ОСЛОЖНЁННОЙ АНЕМИЕЙ

*Щербаков Г.И., **Плотникова Е.Ю.

*МБУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр»,
**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Кемерово

Ревматические заболевания (РЗ) сохраняют статус важной проблемы для современного практического здравоохранения и научной деятельности. Неопределённость в отношении возникновения, тяжесть заболевания, быстрое снижение функциональных способностей, необходимость приёма лекарственных препаратов приводят больных РЗ к потере способности осуществлять важные виды деятельности, утрате профессиональной независимости, снижению качества жизни (КЖ) пациентов.

Являясь системным заболеванием, анкилозирующий спондилит (АС) сопровождается различными внесуставными проявлениями. Анемия является одним из наиболее частых гематологических нарушений у больных с РЗ и сопровождается постепенным её развитием, лёгкой либо умеренной степенью снижения гемоглобина, носит нормохромный характер, зависит от активности заболевания.

Цель исследования – определить особенности нарушений в эмоционально-личностной сфере больных АС, осложнённым анемическим синдромом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 97 мужчин с АС, диагностированным на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев. Все пациенты были разделены на 2 группы. Из них у 47 (48,5%) пациентов была анемия легкой степени тяжести (средний уровень гемоглобина $117,87 \pm 11,94$ г/л); у 50 (51,5%) пациентов анемии не было, средний уровень гемоглобина в данной группе составил $144,92 \pm 12,72$ г/л. Больные АС с анемией и без неё были сопоставимы по возрасту, образованию, степени функциональной недостаточности, активностью болезни. Уровень тревоги оценивался по шкале Спилбергера-Ханина. Различия между параметрами сравнения считались статистически различными при $p \leq 0,05$. Исследование проведено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (в редакции 2000 г. с разъяснениями, данными на генеральной ассамблее ВМА, Токио, 2004), с правилами Качественной Клинической Практики Международной Конференции по Гармонизации (ICH GCP), этическими принципами, изложенными в Директиве Европейского союза 2001/20/ЕС и требованиями нацио-

нального Российского законодательства. Каждый больной подписал «Информированное согласие» на участие в исследованиях.

Результаты и их обсуждение. В группах обследованных лиц реактивная тревожность не превышала умеренной степени выраженности: 32 (29; 37) балла в группе с анемией, 34 (29,38) балла – в группе пациентов без анемии. Различия между данными показателями были статистически незначимы ($p=0,260$).

Наряду с этим, личностная тревожность в группе больных АС с анемией была достоверно выше, чем аналогичный показатель пациентов группы без анемии: соответственно 37 баллов (32; 39,5) и 31,5 балла (28,25; 37), $p=0,001$. Данные тестирования указывают на высокие показатели личностной тревожности, что характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги, беспокойством, эмоциональной неуравновешенностью, высокой психической реактивностью на соматическую патологию.

Выводы. Высокие показатели личностной тревожности среди пациентов АС с анемией свидетельствовали о большей выраженности психологического стресса. Учитывая триггерную роль психотравмы в обострениях АС, высокая личностная тревожность может формировать предпосылки для формирования более тяжёлого течения заболевания с частыми рецидивами.

ОСОБЕННОСТИ АССЕРТИВНОСТИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ямалитдинов Р.Х.

ФГБОУ ВО «Челябинский государственный университет»,
факультет психологии и педагогики, г. Челябинск

Актуальность данного исследования обусловлена широкой распространенностью гипертонической болезни (ГБ) в популяции. Среди российского населения распространенность этого заболевания составляет около 40% (у мужчин – 36,6%, у женщин – 42,9%) [6]. Своевременное выявление и раннее лечение ГБ затруднены тем, что это заболевание имеет сложный этиопатогенез, в котором, наряду с факторами среды и наследственной предрасположенности, важную роль играют особенности эмоционального реагирования и психическое перенапряжение в условиях стрессовой ситуации, вызывающие дисбаланс в работе вегетативной нервной системы и способствующие стабильному повышению артериального давления [5].

По мнению Ф. Александера, в основе ГБ лежит глубинный психодинамический конфликт между желанием открыто выразить враждебность при одновременной потребности в пассивном и адаптированном поведении [1]. Современные исследователи также указывают на интерперсональное напряжение в структуре личности больных ГБ, существующее между агрессивными импульсами с одной стороны, и чувством зависимости – с другой [4, 5]. Таким образом, по мнению современных исследователей, больные гипертонической болезнью демонстрируют дефицит конструктивных способов межличностного взаимодействия, или, говоря современным психологическим языком, недостаток ассертивности.

Понятием «ассертивность» (от англ. assert – настаивать на своем) обозначают способность уверенно, с достоинством отстаивать свои права, не попирая при этом прав других. Ассертивным называется прямое, открытое поведение, направленное на достижение своих намерений и не имеющее целью причинить вред другим [7].

Ассертивность противопоставляется манипулятивности, отличительной чертой которой является отношение к партнеру по взаимодействию не как к личности, обладающей самооценностью, а как к специфическому средству, посредством которого достигаются цели манипулятора, реализуются его интересы и удовлетворяются собственные потребности без учета интересов, воли и желаний другой стороны [2].

Различают пассивную, активную и смешанную манипулятивные стратегии [8]. Манипулятор, использующий пассивную стратегию, выигрывает, прикидываясь беспомощным и глупым и перекладывая всю ответственность за ситуацию на партнера по взаимодействию. Основным инструментом активного манипулятора является агрессия. При смешанном типе манипулирования используются активные и пассивные стратегии в зависимости от обстоятельств и особенностей объекта воздействия [8]. Разновидностью смешанного типа манипуляций является макиавеллизм (от имени Н. Макиавелли). Такой манипулятор не пренебрегает никакими средствами ради достижения поставленной цели [3].

К проявлениям неосознаваемых пассивных манипуляций относятся также реакции «бегства в болезнь», т.е. возникновение соматического симптома или заболевания как попытка получить внимание от близких или уйти от ответственности, от конфликта и пр. [2].

Преобладающие у индивида стратегии взаимодействия с окружающими людьми являются показателем его психологического здоровья и сказываются на его психосоматическом статусе. Так, ассертивность составляет основу личностного адаптационного потенциала и лежит в основе совладания с трудными жизненными ситуациями, выступая фактором стрессоустойчивости и психосоматического здоровья индивида [7], тогда

как активные и пассивные формы психологического манипулирования, противопоставляемые ассертивности, напротив, достаточно часто упоминаются при описании психологических особенностей личности больных различными психосоматическими расстройствами [4, 5, 9].

У лиц, страдающих гипертонической болезнью, во многих случаях отмечаются различные проявления манипулятивности (в виде обвинений, психологического шантажа и пр.), провоцирующие стрессовые ситуации с соответствующими им дополнительными негативными переживаниями, что, в свою очередь, приводит к ухудшению эмоционального и физического состояния и к обострению психосоматоза [4, 5, 9].

Таким образом, ассертивность является маркером психического и психосоматического здоровья, однако эмпирические данные об особенностях ассертивности у лиц, страдающих гипертонической болезнью, в научной литературе практически отсутствуют.

Цель исследования – изучить особенности ассертивности у лиц, страдающих гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 человек, страдающих гипертонической болезнью, в возрасте от 39 до 52 лет (в том числе 10 мужчин и 10 женщин) и 20 условно здоровых лиц в возрасте от 40 до 52 лет (в том числе 10 мужчин и 10 женщин).

В исследовании применялись опросник «Исследование уровня ассертивности» В. Каппони и Т. Новака, «Шкала макиавеллизма личности» Р. Кристи и Ф. Гейс и «Шкала агрессивности и враждебности» А. Басса и А. Дарки. В качестве метода математико-статистического анализа данных использовался критерий U Манна-Уитни.

Результаты исследования. Результаты исследования ассертивности с помощью опросника «Исследование уровня ассертивности» В. Каппони и Т. Новака у здоровых лиц и у лиц, страдающих гипертонической болезнью, в виде средних значений и стандартных отклонений показателей в двух группах, а также результаты их сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние значения показателей ассертивности в группах

Шкалы	Среднее значение± стандартное отклонение		U эмп.	p
	Здоровые лица	Больные ГБ		
Независимость	4,47±2,39	7,68±1,29	107,00	≤0,01
Уверенность	5,02±1,96	3,57±1,19	122,50	≤0,05
Социальная желательность	2,23±1,34	3,72±1,09	199,50	>0,05

Согласно данным таблицы 1, показатели по шкале «Независимость, автономность» у здоровых лиц выражены умеренно. В группе больных ГБ показатели независимости и автономности повышены. Показатели по шкале «Уверенность, решительность» в группе здоровых лиц выражены умеренно. В группе больных ГБ показатели по уверенности и решительности выражены слабо. Показатели по шкале «Социальная желательность» в группе здоровых испытуемых и в группе лиц, страдающих ГБ, выражены умеренно.

Таким образом, результаты опросника «Исследование уровня асертивности» В. Каппони и Т. Новака свидетельствует об умеренном уровне асертивности у здоровых испытуемых и о снижении асертивности у лиц, страдающих гипертонической болезнью.

Как свидетельствуют результаты сравнительного анализа, в группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, показатели независимости значимо выше (при $p \leq 0,01$), а показатели уверенности значимо ниже (при $p \leq 0,05$), чем в группе здоровых лиц.

Результаты исследования склонности к манипуляциям в межличностной сфере с помощью «Шкалы макиавеллизма» Р. Кристи и Ф. Гейс у здоровых испытуемых и у лиц, страдающих гипертонической болезнью, в виде средних значений и стандартных отклонений показателей макиавеллизма в двух группах, а также результаты их сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Средние значения показателей макиавеллизма в группах

Параметр	Среднее значение± стандартное отклонение		U эмп.	p
	Здоровые лица	Больные ГБ		
Макиавеллизм	106,32±21,94	85,12±10,83	97,50	≤0,01

Согласно данным таблицы 2, показатели макиавеллизма в группе здоровых испытуемых выражены умеренно, тогда как в группе лиц, страдающих ГБ, они повышены. Как свидетельствуют результаты сравнительного анализа, у лиц, страдающих гипертонической болезнью, показатели макиавеллизма значимо выше (при $p \leq 0,01$), чем у здоровых лиц.

Результаты исследования агрессивности и враждебности с помощью методики «Шкала агрессивности и враждебности» А. Басса и А. Дарки у здоровых испытуемых и у лиц, страдающих гипертонической болезнью, в виде средних значений и стандартных отклонений показателей в двух группах, а также результаты их сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Средние значения показателей агрессивности и враждебности в группах

Шкалы	Среднее значение±стандартное отклонение		U эмп.	p
	Здоровые лица	Больные ГБ		
Физическая агрессия	3,51±1,08	3,96±2,59	161,00	>0,05
Косвенная агрессия	4,04±2,32	5,82±3,27	111,00	≤0,01
Раздражение	3,71±1,29	5,67±2,64	102,50	≤0,01
Негативизм	3,12±1,27	5,28±1,87	107,00	≤0,01
Обида	3,44±1,52	3,63±1,91	182,50	>0,05
Подозрительность	3,58±2,12	4,29±2,62	120,00	≤0,05
Вербальная агрессия	4,83±1,94	5,86±2,13	117,50	≤0,05
Вина	3,31±1,48	7,18±3,54	96,50	≤0,01
Индекс агрессивности	4,12±2,51	5,21±2,14	114,50	≤0,05
Индекс враждебности	3,52±1,76	3,96±1,18	192,00	>0,05

Согласно данным таблицы 3, в группе здоровых лиц показатели агрессивности и враждебности в целом соответствуют нормативным значениям. В группе больных ГБ показатели физической агрессии, обиды и индекса враждебности соответствуют норме, тогда как показатели косвенной агрессии, раздражения, негативизма, подозрительности, вербальной агрессии, вины и индекса агрессивности – выше нормы.

Как свидетельствуют результаты сравнительного анализа по критерию U Манна-Уитни в, в сравнении с группой здоровых лиц в группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, значимо повышены показатели косвенной агрессии (при $p \leq 0,01$), раздражения (при $p \leq 0,01$), негативизма (при $p \leq 0,01$), подозрительности (при $p \leq 0,05$), вербальной агрессии (при $p \leq 0,05$), чувства вины (при $p \leq 0,01$) и индекса агрессивности (при $p \leq 0,05$).

Заключение. В ходе проведенного исследования установлено, что в структуре асертивности у лиц, страдающих гипертонической болезнью, показатели независимости значимо выше, а показатели уверенности – значимо ниже, чем в группе здоровых лиц. Лица, страдающие гипертонической болезнью, чрезмерно независимы от других

людей, не склонны прислушиваться к словам других, переоценивают себя, эгоистичны. При этом уверенность в себе у этих людей настолько снижена, что даже в случае успеха они испытывают сомнения и опасения. Попытки вести себя ассертивно часто у них выливаются в агрессию или манипулирование окружающими. У лиц, страдающих гипертонической болезнью, показатели макиавеллизма значимо выше, чем у здоровых лиц. Это означает, что лица, страдающие гипертонической болезнью, склонны к манипулятивному поведению ради достижения своих целей. В сравнении с группой здоровых лиц в группе лиц, страдающих гипертонической болезнью, значимо повышены показатели косвенной агрессии, раздражения, негативизма, подозрительности, вербальной агрессии, чувства вины и индекса агрессивности.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Эксмо, 2002. – 352 с.
2. Грачев Г.В., Мельник И.К. Манипулирование личностью. – М.: Эксмо, 2003. – 384 с.
3. Знаков В.В. Макиавеллизм, манипулирование поведения и взаимопонимание в межличностных отношениях // Вопросы психологии. – 2002. – № 6. – С. 41-49.
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс, 2002. – 608 с.
5. Рагозинская В.Г. Особенности актуальных эмоционально-негативных состояний, базисных убеждений и раннего микросоциального опыта у больных гипертонической болезнью / Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал. – Красноярск: Изд-во Красноярского государственного университета. – 2014. – С. 303-311.
6. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., С.А. Бойцов, Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (четвертый пересмотр). – М.: Всероссийское научное общество кардиологов, 2011. – 35 с.
7. Шамиева В.А. Ассертивность в структуре личности субъекта адаптации: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Хабаровск, 2009. – 24 с.
8. Шостром Э. Анти-Карнеги, или Человек-манипулятор. – М.: Эксмо, 2002. – 240 с.
9. Ragozinskaya V.G. Features of psychosomatic patients' aggressiveness // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2013. – Vol. 86. – P. 232-235.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А	К
Абдуллаева В.К. 7, 11, 159	Калашникова В.В. 60
Абдурахманова С.У. 16	Караваева Т.А. 64, 98
Абдухалимова Х.В. 141	Карнаух Н.Г. 70
Аверьянова О.Ю. 18	Каяшева О.И. 76
Александров А.А. 21	Ковшова О.С. 78
Алексеев С.А. 25	Кошанская А.Г. 83
	Куличенко А.Д. 88
Б	Курбанов К.М. 91
Бабарахимова С.Б. 30, 147	Курбатова Е.Г. 94
Балин В.Д. 53	
Бартош Т.П. 35	Л
Беляева И.Б. 126	Леушина А.В. 104
	Лукошкина Е.П. 98
В	Лучшева Л.М. 104, 118
Васильева А.В. 98	Ляшковская С.В. 109
Винокур В.А. 38, 83	
	М
Г	Маслакова Л.А. 157
Герасимова А.В. 140	Мостовая Л.И. 113
Горчакова Н.М. 41	Моховикова И.А. 178
Грехов Р.А. 133, 157	
	Н
Д	Наумова Е.И. 118
Дейнека Н.В. 43	Николаева Н.В. 123
Джанаева Л.В. 53	
	О
Ж	Обухов Н.Г. 187
Жигар А.М. 47, 50	Октябрьская И.В. 126
Жукова Д.И. 53	
	П
И	Плотникова Е.Ю. 192
Ильмузина А.В. 57	
Инамова О.В. 126	Р
Искандарова Ж.М. 30	Рагозинская В.Г. 128

Рамхелавон М.Б.....	133	Тарханов В.С.....	91
Резникова Т.Н.....	138, 178	Ташлыков В.А.....	126, 163
Решетова Т.В.....	140	Третьяк Л.Л.....	166
Рузиева Г.Х.....	141	Турчанинов Е.Е.....	174
Рюмин А.В.....	142		
		Ф	
С		Федоряка Д.А.....	178
Савельев Е.В.....	138	Филиппова Ю.В.....	179
Садыкова А.А.....	11	Филиппов В.Л.....	179
Саидалиходжаева Д.Г.....	147		
Сайдалиходжаева Д.Г.....	7	Х	
Саттаров Т.Ф.....	149	Харченко С.А.....	133, 157
Светкина А.А.....	43	Черенков А.А.....	187
Селиверстова Н.А.....	138, 178		
Синева А.И.....	151	Ш	
Соловьева С.Л.....	153	Шавшаева Л.В.....	18
Сулейманова Г.П.....	133, 157		
Султанова К.....	159	Щ	
		Щербаков Г.И.....	192
		Я	
Т		Ямалитдинов Р.Х.....	193
Талалакин А.С.....	140		
Тарасенко Ж.Л.....	91		

СОДЕРЖАНИЕ

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»	4
ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ПРОГРАММЫ «ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА».....	6
ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Абдуллаева В.К., Сайдалиходжаева Д.Г.....	7
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТРЕВОЖНО- ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ Абдуллаева В.К., Садыкова А.А.....	11
ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ Абдурахманова С.У.....	16
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ, СКЛОННЫХ К СОЗАВИСИМЫМ МОДЕЛЯМ ПОВЕДЕНИЯ Аверьянова О.Ю., Шавшаева Л.В.....	18
ТЕХНИКА ДИАЛОГА В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Александров А.А.....	21
РЕФЛЕКСИВНОСТЬ КАК ФАКТОР СОМАТИЗАЦИИ У СТУДЕНТОВ Алексеев С.А.....	25
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОКОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.....	30
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ РЕАКЦИЙ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ Г. МАГАДАНА Бартош Т.П.....	35
ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ – ИНТЕГРАЦИЯ ПРИНЦИПОВ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ Винокур В.А.....	38

ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Горчакова Н.М.....	41
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Дейнека Н.В., Светкина А.А.....	43
ПРИМЕНЕНИЕ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ Жигар А.М.....	47
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПСОРИАЗЕ Жигар А.М.....	50
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА Жукова Д.И., Балин В.Д., Джанаева Л.В.....	53
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ Ильмузина А.В.....	57
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ Калашникова В.В.....	60
ИНСОМНИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА Караваева Т.А.....	64
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА В ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЦЕНОК ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТИ Карнаух Н.Г.....	70
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МАНИПУЛЯЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЯХ Каяшева О.И.....	76
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ Ковшова О.С.....	78

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА Кошанская А.Г., Винокур В.А.....	83
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ СОМАТО-ФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ Куличенко А.Д.....	88
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ Курбанов К.М., Тарханов В.С., Тарасенко Ж.Л.....	91
ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Курбатова Е.Г.....	94
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ Лукошкина Е.П., Васильева А.В., Караваева Т.А.....	98
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ Лучшева Л.М., Леушина А.В.....	104
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ Ляшковская С.В.....	109
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ Мостовая Л.И.....	113
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ УРОВНЯ НЕРВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ПОДРОСТКОВ С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА Наумова Е.И., Лучшева Л.М.....	118
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА НА ОСНОВЕ ИГРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ Николаева Н.В.....	123

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А., Инамова О.В.....	126
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МЕЖДУ СОМАТИЗАЦИЕЙ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМОМ У СТУДЕНТОВ ВУЗА Рагозинская В.Г.....	128
ПРОВЕДЕНИЕ КУРСА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ (БИОФЕЭДБАСК) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Рамхелавон М.Б., Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А.....	133
АГРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЦНС Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Савельев Е.В.....	138
ТРЕВОГИ СОВРЕМЕННОГО ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА Решетова Т.В., Герасимова А.В., Талалакин А.С.....	140
ДЕПРЕССИЯ И ДЕМЕНЦИЯ: ОБЩИЕ И ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ Рузиева Г.Х., Абдухалимова Х.В.....	141
ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ В ХОДЕ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ Рюмин А.В.....	142
АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ С УЧЁТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ Саидалиходжаева Д.Г., Бабарахимова С.Б.....	147
ВЫРАЖЕННОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Саттаров Т.Ф.....	149
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ТУБЕКУЛЕЗ: ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ Синева А.И.....	151
ПСИХОТЕРАПИЯ КАК РЕКОНСТРУКЦИЯ РАЗРУШЕННЫХ ИЛЛЮЗИЙ Соловьева С.Л.....	153

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИЕЙ Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Харченко С.А., Маслакова Л.А.....	157
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Султанова К., Абдуллаева В.К.....	159
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Ташлыков В.А.....	163
ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ИПОХОНДРИИ: СТРАТЕГИИ И МИШЕНИ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ Третьяк Л.Л.....	166
ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ДИДАКТОГЕННЫХ НЕВРОЗОВ Турчанинов Е.Е.....	174
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ Федоряка Д.А., Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Моховикова И.А.....	178
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ В СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ КАК ПРИОРИТЕТ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.....	179
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПОЗИЦИИ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА Черенков А.А., Обухов Н.Г.....	187
УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У МУЖЧИН БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ АНЕМИЕЙ Щербаков Г.И., Плотникова Е.Ю.....	192
ОСОБЕННОСТИ АССЕРТИВНОСТИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Ямалитдинов Р.Х.....	193
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	199

Программа
«ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

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

18 ноября 2015 года
Санкт-Петербург

СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ

Под общей редакцией
акад. РАН Мазурова В.И.

Сдано в набор 31.10.2016
Подписано в печать 8.11.2016
Формат 60X84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 12,875
Тираж 200 экз.
Гарнитура «Таймс»

Дизайн, верстка: Альков А.С.

Оригинал-макет подготовлен
издательским отделом ООО «Альта Астра»,
191144, Санкт-Петербург,
Старорусская ул., д. 8, лит. А,
тел./факс: (812) 386-38-31

Отпечатано в типографии «Элемент П»
Тел.: (812) 378-04-66
Зак. № ____

ISBN 978-5-905498-55-8

© В.А. Ташлыков, Д.В. Ковпак, 2016
© Коллектив авторов, 2016
© Оформление «Альта Астра», 2016