

**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  
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии  
Российская психотерапевтическая ассоциация  
Российское психологическое общество  
Российское общество психиатров  
Бехтеревское психиатрическое общество  
Комитет по здравоохранению  
Правительства Санкт-Петербурга  
Городская психиатрическая больница №7  
имени академика И. П. Павлова  
(Клиника невротозов)**

**XVII научно-практическая конференция  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИКИ В  
ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»**

**15 ноября 2017 года**

**Санкт-Петербург**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ Статей**

**Под общей редакцией**

**акад. РАН Мазурова В.И.**

Санкт-Петербург  
2017

**УДК 616.895.4  
Т 66  
ББК 65. 14**

**Сборник научных статей  
XVII научно-практическая конференция Актуальные проблемы психосоматики в  
общемедицинской практике,  
Санкт-Петербург, ноябрь, 2017 г. – Вып. XVII. / Под общей редакцией акад. РАН  
Мазурова В.И. – СПб.: изд-во «Ассоциация Когнитивно-Поведенческой  
Психотерапии» – 2017. – 108 с. (Программа «Психосоматическая медицина»)**

**© В. А. Ташлыков, Д. В. Ковпак, А. И. Ковпак, 2017**

**Глубокоуважаемые коллеги!**

**Очередной, уже восемнадцатой ежегодной 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».**

## **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 и  
главный нарколог Комитета по Здравоохранению Правительства Санкт-  
Петербурга, главный врач СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница  
№ 3 имени И.И. Скворцова-Степанова», член-корреспондент Российской  
академии наук

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»

Точиллов 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, Вице-Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации

Члены организационного комитета:

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

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

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>«Круг понимания» в аналитико-катартической терапии</b> <b>Александров А.А.</b>	<b>10</b>
<b>Субъективное восприятие и объективное исследование когнитивных нарушений у больных раком яичников</b> <b>Белозёр А.С., Петрова Н.Н.</b>	<b>13</b>
<b>О психологизации психосоматических расстройств и эффективности клинического гипноза в их психотерапии (психообразовательный и компетентностный аспекты)</b> <b>Бессмертный А.В., Хетрик С.В., Кузнецов А.В.</b>	<b>16</b>
<b>Балинтовская супервизия профессиональной коммуникации врачей и психологов и психосоматическая медицина: интеграция принципов</b> <b>Винокур В.А.</b>	<b>19</b>
<b>Особенности переживания состояния тревоги пациентами с метастатическим поражением головного мозга, поступившим на радиохирургическое лечение</b> <b>Захарова М.Л.</b>	<b>26</b>
<b>Особенности лечения пациентов с соматическими симптомами при невротических расстройствах в процессе аналитико-катартической терапии (АКТА)</b> <b>Ильченко Е.Г., Караваева Т.А.</b>	<b>31</b>
<b>Психогенное переедание: диагностика и терапия</b> <b>Караваева Т.А., Разина М.В.</b>	<b>33</b>

<b>Психосоматические и соматопсихические соотношения проявлений кожи</b>	
<b>Караваева Т.А., Соболева А.В.</b>	<b>40</b>
<b>Роль эмоциональных нарушений в развитии декомпенсированного течения сахарного диабета 2 типа</b>	
<b>Кошанская А.Г.</b>	<b>53</b>
<b>Психология профессионального здоровья - профилактика психосоматических заболеваний</b>	
<b>Натаров В.И.</b>	<b>58</b>
<b>Применение краткосрочной гипносуггестивной психотерапии в группе у пациентов с органическими и соматогенными психическими расстройствами в многопрофильном стационаре</b>	
<b>Обухов Н.В., Дормидонтова Ю.В., Батищева А.М.</b>	<b>66</b>
<b>Сравнительный анализ уровня алекситимии в ходе психотерапии у больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации</b>	
<b>Рюмин А.В.</b>	<b>68</b>
<b>Терапия активацией сознания в психотерапии пациентов с ипохондрической патоперсонологией при соматоформных расстройствах</b>	
<b>Савельева С.Н.</b>	<b>72</b>
<b>Ступенчатый диссоциативный рескриптинг и реассоциирование ранних воспоминаний</b>	
<b>Снигур В.С.</b>	<b>75</b>



<b>Практики осознанности в психотерапии психосоматических расстройств</b> <b>Сучилина Д.Н.</b>	<b>90</b>
<b>Границы применения индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при соматоформных расстройствах</b> <b>Ташлыков В.А.</b>	<b>99</b>
<b>Соматоформные расстройства у женщин, перенесших негативный сексуальный опыт в анамнезе (психодиагностический и психотерапевтический аспект)</b> <b>Фоминых О.С.</b>	<b>103</b>

## **«Круг понимания» в аналитико-катартической терапии**

**Александров А.А.**

Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И.

Мечникова, кафедра общей, медицинской психологии и педагогики

Санкт-Петербург

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) представляет собой современную модель психотерапии, основанной на психологии отношений. Она сочетает в себе элементы феноменологического и герменевтического подходов. Изначально герменевтика – это искусство толкования текстов. Текст рассматривается в широком смысле, как любой объект толкования. Процесс психотерапии также можно представить в виде текстовых - дискурсивных - практик.

В настоящее время в рамках феноменологического движения доминирует герменевтическая феноменология. В связи с этим можно говорить о двух полюсах феноменологии: описательном (интуитивном) и интерпретативном (герменевтическом). В психотерапии феноменология и герменевтика используются для прояснения неотчетливых переживаний. Основными понятиями герменевтики являются интерпретация, пред-понимание, круг понимания (герменевтический круг).

Герменевтический круг – это принцип понимания текста, основанный на диалектике части и целого. Для понимания целого необходимо понять его части, но для понимания частей необходимо иметь представление о целом. Процесс понимания принципиально не может быть завершен, и мысль бесконечно движется по расширяющемуся кругу. Повторное возвращение от целого к части и от частей к целому меняет и углубляет понимание смысла части, подчиняя целое постоянному развитию (Ф. Шлейермахер). Мы проецируем наши предварительные мнения на объект понимания (текст, речь),

делая их тем самым осознанными и открытыми для пересмотра. Текст (речь) понимается на основе пре-дпонимания, а пред-понимание пересматривается в ходе понимания текста. Важно только не держаться своих пред-мнений догматически, а быть готовым к их пересмотру. В этом суть герменевтической открытости.

Согласно концепции герменевтического круга понимание частей накладывается на понимание целого, которое уточняется и обогащается в ходе дальнейшего познания частей (Г. Гадамер). АКТА включает в себя ряд диалогов пациента со значимыми фигурами: с теми, которые вовлечены в актуальный межличностный конфликт и фигурами первичных групп, прежде всего, семейной группы. Цель диалогов - прояснение отношений.

Достигнутое понимание в диалогах с отдельными фигурами представляет собой части, которые накладываются на понимание целого - понимание неадекватности системы своих отношений. Рост самопонимания, в свою очередь, углубляется в ходе дальнейших диалогов со значимыми другими.

Целостное понимание предполагает также установление связей между интерперсональным осознанием и генетическим. Т.е. осознание меры своего участия в возникновении конфликтных ситуаций в настоящем приводится в связь с негативным опытом прошлого, начиная с детства, с особенностями и условиями формирования системы отношений. Здесь целое – неадекватная система отношений, сформированная в прошлом; части – нарушенные межличностные отношения в настоящем.

Основная техника АКТА – дублирование, целью которой является прояснение неотчетливых переживаний, выявление скрытых смыслов. Психотерапевт играет роль внутреннего Я протагониста, помогая выразить и прояснить его чувства и невысказанные мысли. Техника дублирования предлагает тип интерпретации в форме сообщений («Я - посланий»), согласованных с Я-системой пациента. В роли «двойника» психотерапевт начинает игру с поддерживающей пациента роли, однако, как только между ними развился

альянс, терапевт включает мягкую провокацию или конфронтацию для ускорения процесса кларификации.

Пациент или отклоняет сообщения терапевта как неконгруентные его переживаниям или принимает и далее развивает их содержание, углубляя и проясняя заключенные в них смыслы и передает это знание терапевту, который, в свою очередь, расширяет и углубляет представление о пациенте и его проблеме. Так они продолжают движение по этому кругу, пока не придут к согласию. В АКТА пациент и терапевт переживают катарсис одновременно. В АКТА происходит движение от неполного катарсиса к катарсису интеграции. Каждый диалог с отдельной фигурой заканчивается, как правило, частичным, или неполным, катарсисом. Это - интерперсональное осознание – понимание пациентом своей роли в межличностном конфликте. Для достижения полного катарсиса необходимы диалоги с родительскими или иными фигурами первичной группы. Полный катарсис является результатом интеграции частичных катарсисов, достигнутых в диалогах с отдельными значимыми фигурами.

В процессе дублирования терапевт прибегает к широкому спектру технических средств. Если обратиться к т.н. «интерпретационному диапазону Э. Шострома и Л.Браммера, на одном полюсе которого расположены техники интуитивной феноменологии, а на противоположном – глубинной герменевтики, а именно: отражение чувств – кларификация – рефлексация или отражающая интерпретация – конфронтация – глубинная интерпретация – то АКТА не применяет только глубинную интерпретацию – технику психоанализа.

С точки зрения постмодернизма и конструктивизма любое знание и описание чего-либо, в силу того, что они задействуют язык, систему значений, дискурс, есть уже определенная интерпретация. Однако одних интерпретаций недостаточно. Они должны основываться на переживании клиента. Интерпретации — это всего лишь гипотезы, и только если они основывается на переживании клиента и его чувствуемом смысле, они становятся больше

чем гипотезами). Ю. Джендлин призывает устанавливать контакт с пациентом не на уровне слов, а глубже, на уровне переживаний, когда в коммуникацию вовлекаются не только переживания клиента, но и переживания терапевта. Тем самым подчеркивается, что переживание терапевта – не только и не столько условие продуктивности, но необходимый инструмент, чтобы «встреча» – этот «онтологически завязывающий акт», состоялась.

Встреча в экзистенциальном пространстве может произойти в том случае, если у терапевта есть опыт переживания той же проблемы, что и у пациента. Это и есть его рабочий инструмент. Преимущество терапевта заключается в одном: он «проработал» свое переживание в процессе жизни и профессиональной подготовки и теперь на основе личного опыта может предполагать, какие существуют варианты конструктивного развития экзистенциальной ситуации.

## **Субъективное восприятие и объективное исследование когнитивных нарушений у больных раком яичников**

**Белозёр А.С., Петрова Н.Н.**

Санкт-Петербургский государственный университет

Санкт-Петербург

Стандартный подход к лечению больных раком яичников (РЯ) состоит в проведении циторедуктивного хирургического вмешательства с последующим применением комбинированной химиотерапии. Некоторые онкологические больные предъявляют жалобы на когнитивные нарушения, возникшие в процессе лечения, такие как снижение памяти, трудности концентрации внимания, нарушение исполнительских функций (принятие решений, планирование, организация программы действий) и связывают их, в первую очередь, с получаемым химиотерапевтическим лечением. Существует целый ряд факторов, связанных с лечением РЯ, которые могут оказать влияние

на когнитивные функции пациенток: хирургическая операция, лучевая терапия, химиотерапия, иммунотерапия, применение сопутствующих кортикостероидов и противоэпилептических препаратов. Хирургическая менопауза (синдром постовариэктомии) также может явиться предпосылкой для развития когнитивных нарушений и деменции. Существующий в литературе термин «химический мозг», или «химическое затуманивание» появился для описания когнитивных нарушений, возникающих у больных раком молочной железы. За последние годы было выполнено много работ, посвященных, в основном, когнитивным нарушениям у больных раком груди, в которых отмечалось наличие нейрокогнитивных нарушений по меньшей мере по одному из показателей на фоне проводимого химиотерапевтического лечения. Однако остается открытым вопрос, насколько точно жалобы, которые предъявляют пациентки, отражают реальное состояние когнитивных функций.

**Целью** работы являлось сопоставление результатов объективного нейропсихологического исследования и самооценки больных РЯ.

**Материалы и методы.** Выборку исследования составила 51 пациентка, страдающая РЯ I-IV стадии. Средний возраст больных составил  $52.31 \pm 12.07$  года. Большинство пациенток имело высшее образование (66,7%).

Все пациентки проходили стационарное или амбулаторное лечение на базе «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» или онкологического отделения «Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова» Санкт-Петербурга.

Объективная оценка когнитивных функций была выполнена с помощью батареи стандартизованных нейрокогнитивных тестов. Субъективная оценка когнитивного функционирования проведена в рамках анализа показателей шкалы Когнитивное функционирование (CF) усовершенствованного «Опросника качества жизни» EORTC QLQ-C30.

Математико-статистическая обработка и описание данных проводилось при помощи программного обеспечения R v3.4.1 – программная среда для

статистической обработки данных и работы с графикой, свободно распространяемая по лицензии GNU.

**Результаты.** Было обнаружено, что у 33.3% пациенток наблюдалось снижение показателей слухоречевой памяти по сравнению со стандартизованными нормативными данными, полученными для здоровой популяции. У 43.8% обследованных больных было выявлено снижение показателей речевой беглости.

Было установлено, что количество курсов химиотерапии не имело значимых взаимосвязей со степенью выраженности когнитивных нарушений. Однако при этом показатели слухоречевой памяти опосредовались наличием астении ( $p < 0,033$ ), а рабочей памяти и исполнительских функций – с наличием соматических осложнений заболевания и терапии ( $p < 0.01$ ). Показатель речевой беглости был значимо прямо связан со стадией заболевания по классификации FIGO ( $p < 0.002$ ). Внимание и скорость обработки информации были хуже у больных с анемией ( $p < 0.007$ ).

Попытка установить взаимосвязь между удовлетворенностью пациенток с РЯ уровнем своего когнитивного функционирования в условиях болезни и лечения и объективными данными о когнитивных нарушениях, не дала положительного результата: статистически значимых взаимосвязей обнаружено не было. При этом показатели когнитивного функционирования зависели от ряда характеристик, отражающих тяжесть соматического состояния больных и прогрессирования болезни.

**Выводы.** Пациентки с РЯ нуждаются в исследовании состояния когнитивных функций независимо от наличия жалоб на когнитивные нарушения. На развитие когнитивных нарушений у больных РЯ влияют соматогенные факторы, в т.ч. отражающие прогрессирование заболевания.

**О психологизации психосоматических расстройств и эффективности  
клинического гипноза в их психотерапии (психообразовательный и  
компетентностный аспекты)**

**Бессмертный А.В., Хетрик С.В., Кузнецов А.В.**

Ассоциация Специалистов в области Клинического Гипноза  
Санкт-Петербург

Мы живём в век новых технологий, информационных и социально-экономических перемен. За последнее 10-летие произошло ряд событий, которые вновь пошатнули доверие населения страны и ближнего зарубежья к врачам, и психологам. Возросло количество обращений лиц с соматоформными и другими психосоматическими нарушениями. Однако эти обращения не всегда находят профессиональный адресат, а остаются лишь на уровне симптоматической квалификации первичного звена врачей общей практики, врачей-интернистов; либо лиц маргинальных практик (экстрасенсы, гадалки, хироманты, шаманы, эзотерики, обрядцы и т.д.). В последний круг в большинстве своём население заведомо включает «гипнотизёров» и «гипнотерапевтов». *Подчеркнём, что в законодательстве РФ и других стран бывшего СССР не существует подобной квалификации. Главным ориентиром в выборе специалиста в области гипноза, остаётся наличие базового медицинского и / или психологического образования + дополнительная профессиональная подготовка по медицинскому / клиническому гипнозу.*

На волне популизма и моды на «психосматику» появилось большое число психологов, «гипнотерапевтов», именующих себя экспертами в терапии психосоматических и ассоциированных с ними расстройств. *Зачастую речь идёт о «проработке первопричин» у наиболее внушаемых пациентов. Именно эти практические случаи (кейсы) демонстрируются в интернете как «наиболее успешные в 100% случаев».* Так, отчаявшиеся пациенты приходят (порой с «последней надеждой») в очередные психологические



«пространства», «школы», «академии», «центры», «игры» и т.д. с корневым названием «Психосоматика», где другие люди хотят «лечить», «врачевать», «работать с этим» не имея клиническо-психологической подготовки и признания профессиональной общественности.

Тотальная психологизация подходов к психосоматическим и соматопсихическим нарушениям распространяется и масштабируется с геометрической прогрессией среди населения. Клише «психосоматика» стало причиной ведения частной практики, открытых семинаров, лекций, тренингов, вебинаров и других общественных форм работы с людьми.

В связи с этим уместно поделиться историческими и практическими ремарками, фактами в пользу применения клинического гипноза в психотерапии как классического метода первого и / или суппортивного выбора работы с психосоматическими нарушениями.

Подчеркнём несколько тезисов, свидетельствующих о несоответствии психологизаторских подходов в работе с пациентами психосоматического профиля:

1. Показательным психодиагностическим упущением большинства психологов и лиц маргинальной практики является избегание критериев триады Карла Ясперса, объясняющих наличие психосоматических симптомов, часто представленных как «вторичная выгода» или маркер того, что «...человек живёт как-то не так...». Полагается, что есть внешние психотравматические обстоятельства, в которых находится человек. Сила влияния этих обстоятельств на психику равна силе симптомов психосоматического нарушения. Поэтому, одна из базовых задач психотерапии – создать условия «безболезненного» извлечения человека из психотравматических обстоятельств, в которых он страдает.
2. Научно-практический факт, что клинический гипноз, как древнейший инструмент психотерапии, активно использовался в отечественной практике с первой половины XX века, в т.ч. и в клинике психосоматических расстройств (К.И. Платонов, И.З. Вельвовский, П.И. Буль, А.И. Картамышев, Б.В.

Михайлов, С.Б. Соломко, В.В. Чугунов и др.). Главной особенностью клинического гипноза считается «состояние повышенной внушаемости», позволяющее минуя логику (рациональное / критическое мышление человека) – в т.ч. иррациональные допущения, активизировать переживание дискомфортных чувств (злость, вина, обида, страх, отчаяние и т.д.) и ощущений (спрятаться, убежать, замереть, напасть). Выражая вовне ассоциированные с иррациональными установками чувства и ощущения, человек освобождается от них. Это позволяет в дальнейшем принимать конструктивные решения во внешнем мире и, таким образом, выходить из психотравматичных обстоятельств за относительно короткий период времени.

3. Важным элементом, подтверждающим эффективность терапии психосоматических нарушений, является мониторинг соматических (органных), внутриспсихических (личностных), межличностных (коммуникация, общение пациента с близким окружением), поведенческих (деятельность во внешнем) аспектов психического так как до и после проведения психотерапии. Полезно замечать и регистрировать протокольным (конкретным) языком, что у пациентов с психосоматическим нарушением, не получалось «из-за симптомов болезни». Было ли это косметически выразительным или это была чрезмерная фокусировка внимания на внешних симптомах, либо ощущениях во внутренних органах. Основным, сбивающим с мишеней психотерапии и оценки её эффективности, является устремлённость в симптоматически ориентированную парадигму, а не причинность страдания.

Полагаем, принимая во внимание наибольшее число людей данные тезисы, возможно избежать ошибок в определении векторов психотерапии и диагностических тактик на ранних этапах распознавания психосоматических нарушений.

# **Балинтовская супервизия профессиональной коммуникации врачей и психологов и психосоматическая медицина: интеграция принципов**

**Винокур В.А.**

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И.

Мечникова, Балинтовская Ассоциация

Санкт-Петербург

В ряде своих работ Майкл Балинт, описывая историю развития балинтовских групп и их связи с клинической медициной, отмечал, что его увлечение и глубокие занятия психоанализом, которые впоследствии легли в основу технологии балинтовской супервизии, привели его к размышлениям над тем, как развиваются самые разнообразные психосоматические расстройства и насколько продуктивным может быть психоанализ в их диагностике и лечении и к более глубокому пониманию различных сложных аспектов взаимодействия врач-пациент. Он хорошо понимал, что то, что происходит в телесной сфере человека, очень тесно связано с тем, что происходит в сфере психической, и эти процессы протекают не просто неразрывно, они взаимно влияют друг на друга и проявляются как в понимании психосоматического единства, так в профессиональном взаимодействии с пациентами, делая медицинскую практику и более гуманистически ориентированной, и тем самым – более эффективной.

Шарль Поль Дюбуа (1848–1918), швейцарский невропатолог, психиатр и психотерапевт, анализируя давно возникшую тенденцию игнорирования влияния психологических факторов на развитие психосоматических заболеваний и сложностей в коммуникации с такими пациентами, заметил: «Между медициной и ветеринарией существует одна только разница – в смысле клиентуры». Принципиально аналогичную точку зрения высказывали E. Weiss и O. English [5] 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 [4] 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. Можно утверждать, что любое соматическое расстройство есть нарушение психосоматическое, так как психические факторы и, прежде всего, — эмоциональные реакции влияют на все физиологические процессы в организме. Поэтому анализировать заболевания человека можно, лишь учитывая структуру его личности, сферу ее наиболее значимых отношений и внутриличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и совладающего поведения, локус субъективного контроля, личностные смыслы болезни и ее внутреннюю картину, особенности терапевтического сотрудничества, в частности, приверженности пациента к лечению, и многие другие психологические характеристики, влияющие как на течение самого соматического заболевания, так и на сложный, во многом неясный характер взаимодействия врача с таким пациентом. «Выписывать рецепты — довольно несложное занятие, но вот прийти к пониманию людей, с которыми работаешь как врач, гораздо сложнее» (Ф. Кафка, «Сельский врач»). Все это представляет собой серьезное предостережение от недооценки роли психологических факторов во взаимоотношениях врача и пациента, которая, к сожалению, очень распространена в медицинской практике. Формула, предложенная в книге М. Балинта «*Врач, пациент и его страдание*» (1957) и связывающая психосоматическую компетентность врачей с эффектом супервизии в балинтовских группах, ориентированной на анализ их коммуникации с пациентами, оказалась настолько продуктивной, что до сих пор стимулирует многих исследователей и практических врачей на ее развитие в разных аспектах своей работы: «Наиболее часто применяемое в медицинской практике лекарство — сам врач. В лечении пациента важны не столько собственно микстуры или

пилюли, назначенные ему при этом заболевании, сколько атмосфера, в которой лекарство назначается врачом и в которой оно принимается пациентом. <...> [1].

Анализ более, чем полувековой работы балинтовских групп в разных странах показал, что М. Балинт предложил в этой технологии очень эффективный метод, помогающий врачам самых разных специальностей и психологам – консультантам снизить свою эмоциональную напряженность в работе с «трудными» пациентами, к числу которых очень часто относятся пациенты с психосоматическими или соматоформными расстройствами. Это способствовало тому, что врачам удавалось перейти к «*межличностной психологии*», исследуя в каждом случае характер своих взаимоотношений с больными и факторы, осложняющие эти отношения, а также связанное с этим почти закономерное снижение эффективности самой врачебной и консультативной работы. Со временем такая технология балинтовских групп помогала врачам постепенно сменить акцент с *болезнь-центрированного* подхода в своей клинической практике на *пациент-центрированный*. Это было очень успешно отражено в материалах первых международных балинтовских конгрессов, проходивших под характерными девизами — «Пациент-центрированная медицина» («*Patient-Centered Medicine*», London, 1972) и «Человеческое лицо медицины» («*The Human Face of Medicine*», London, 1978).

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 профессиональной коммуникации, 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 априори 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. Майкл Балинт писал по этому поводу (1957): «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» [1].

Один из 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 к целостному пониманию пациента и балинтовскую группу, реализующую в своей работе задачу понимания сложного взаимодействия таких пациентов с врачами.

В качестве иллюстрации такой связи можно привести и многочисленные широко известные 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*» (2001) («Врач общей практики, его пациенты и их переживания: исследуя эмоции, скрытые за физическими симптомами») [3] в которой много внимания уделяется психосоматическим и соматоформным расстройствам в общей врачебной практике с акцентом на анализ сложных и многообразных и во многом недостаточно ясных аспектов взаимодействия «врач—пациент». Еще одним убедительным примером такой интеграции в исследовании психосоматических расстройств и заболеваний в широкой медицинской практике, а также психотерапевтических (если посмотреть шире — коммуникативных аспектов их терапии) можно найти в книге профессора Питера Шонберга (Peter Shoenberg) «*Psychosomatics: The Uses of*

*Psychotherapy*» [2], которая получила широкое признание в Международной Балинговской Федерации. П.Шонберг – британский психотерапевт, ведущий многолетнюю практику в отделениях лондонского University College Hospital, преподаватель Лондонского университета и одновременно один из ведущих специалистов в области балинговской супервизии, технологии ее проведения и оценки эффективности. В этой книге автор показывает, как внимание к различным аспектам межличностной коммуникации врач – пациент и стремление анализировать их как можно глубже приносит очевидные плоды в виде более успешной терапевтической практики за счет лучшего понимания роли психологических факторов в развитии психосоматических заболеваний, а также повышения удовлетворенности обоих участников этого процесса от их взаимодействия.

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 балинговской группы.

Тесная организационная связь и даже практическая интеграция медицинских и балинговских обществ существует в Германии, Швеции, Польше, Венгрии, Израиле, Португалии. Во многих странах мира (Великобритании, США, Бельгии, Швеции и др.) национальные балинговские общества в своей работе тесно связаны и активно взаимодействуют с психосоматическими обществами, ассоциациями врачей общей практики (семейных врачей) или ассоциациями психиатров и психотерапевтов. С 1987 года в Германии практикуется так называемая базовая психосоматическая подготовка всех врачей, государственная программа которой включает в себя их обязательное участие в не менее, чем 15 сессиях балинговских групп.

Балинговские группы эффективно обеспечивают ее участникам, врачам и клиническим 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. Shoenberg P. *Psychosomatics: The Uses of Psychotherapy.* – N.Y., 2007.
3. Zalidis S. *A General Practitioner, his Patients and their Feelings: Exploring the Emotions behind Physical Symptoms.* – London, 2001.
4. Weizsaecker V. *Begegnungen und Entscheidungen.* – Heidelberg, 1949.
5. Weiss E., English O. *Psychosomatic medicine.* – Philadelphia, 1943.

**Особенности переживания состояния тревоги пациентами с  
метастатическим поражением головного мозга, поступившим на  
радиохирургическое лечение**

**Захарова М.Л.**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский  
университет, Международный Институт имени Березина Сергея  
Санкт-Петербург

Лечение злокачественных новообразований – одна из самых острых проблем современной медицины. К сожалению, ежегодно количество пациентов с данной патологией продолжает увеличиваться. Увеличивается и количество пациентов, имеющих метастатические поражения других органов и систем, в том числе и головного мозга. По данным популяционных канцер регистров частота метастазов головного мозга составила от 8% до 10% от всех случаев онкологических заболеваний [1]. Частота метастатического поражения головного мозга составляет: при раке легкого-19,9%, меланоме-6,5%, раке почки-6,5%, РМЖ-5,1% и 1,8% в случае колоректального рака. Среди злокачественных опухолей наиболее высокий метастатический потенциал имеет меланома и мелкоклеточный рак легкого. Метастазы в головной мозг свидетельствуют о прогрессировании заболевания и часто дают ухудшение общего состояния, неврологические нарушения, появление неврологического дефицита, которое в ряде случаев и приводит к летальному исходу [1]. Поэтому при появлении метастатического поражения головного мозга первостепенным этапом лечения является его устранение.

Долгие годы метастатическое поражение головного мозга часто приводило к печальному развитию заболевания, так как возможности хирургического лечения новообразований головного мозга часто ограничены локализацией опухолей и рядом рисков развития осложнений после хирургического лечения. В современной медицине все более популярными становятся

высокотехнологичные способы лечения новообразований головного мозга - стереотаксическая радиохирургия (SRS) и стереотаксическая радиотерапия (SRT), отличающиеся своей эффективностью и более щадящим характером [2]. Одним из вариантов радиохирургического лечения является лечение с помощью аппарата Гамма-нож (Leksell Gamma Knife), в основе которого лежит однократное неинвазивное стереотаксическое облучение выбранных целей высокой дозой радиации, которая распределяется точно в соответствии с размерами и формой патологического очага с минимальным облучением окружающих тканей и всего тела.

Одной из отличительных особенностей стереотаксических видов радиолечения является необходимость фиксации головы пациента на длительное время, которая проводится с помощью специальных фиксирующих устройств – стереотаксической рамки или стереотаксической маски. В течение всей процедуры лечения ими обеспечивается неподвижность головы пациента, за счет чего достигается наибольшая точность лучевого воздействия. Однако именно эта особенность проведения процедуры лечения вызывает ряд психологических сложностей её реализации и необходимость в психологическом сопровождении процесса радиохирургического лечения.

**Целью** нашей работы явилось исследование особенностей переживания состояния тревоги пациентами с метастазами в головной мозг, поступившими на радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож.

**Достижение поставленной цели предполагало решение следующих задач:**

- 1) Исследование степени выраженности тревоги, проводившееся с помощью шкалы Гамильтона для оценки тревоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) [3];
- 2) Исследование направленности тревожных переживаний, проводившееся с помощью клинико-психологического интервью;
- 3) Проведение сравнительного анализа полученных данных с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

**Критериями включения** пациентов в исследовательскую группу явились

следующие:

- наличие метастатических поражений головного мозга;
- отсутствие радиохирургического и хирургического лечения метастатических поражений головного мозга;
- отсутствие интеллектуально-мнестических нарушений.

Исследование проводилось перед началом сеанса радиохирургического лечения на аппарате Гамма-нож в процессе психологической подготовки к процедуре лечения.

**Характеристика группы.** Выборка представлена 68 пациентами с метастатическим поражением головного мозга: 42 женщинами (61,8%) и 26 мужчинами (38,2%) в возрасте от 34 до 73 лет (средний возраст составил 55,2 года).

Согласно первичному очагу испытуемые были представлены следующим образом: 32,4% имели рак молочной железы, 29,4% - меланому, 23,5% – рак легкого, 7,3% - рак желудочно-кишечного тракта, 4,4% - рак почек, по 1,5 % - рак яичников и рак матки.

Единичное метастатическое поражение имели 20,6% испытуемых (14 человек), множественные – 79,4% (54 человека). Временной интервал от даты постановки основного диагноза до даты радиохирургического лечения составил от 1 недели до 84 месяцев (средний интервал – 21,34 месяца). Временной интервал от даты выявления метастазов в головной мозг до даты радиохирургического лечения составил от 1 недели до 4 месяцев (средний интервал составил 1,2 месяца).

**Результаты.** Согласно полученным с помощью методики HARS данным, средний общий балл как по всей выборке (23,5) , так и по подгруппам в зависимости от первичного очага (23,38 при раке молочной железы, 23,9 – при меланоме, 24,0 – при раке ЖКТ, 24,26 – при раке легкого, 25,0 – при раке почки) находились на уровне выраженного тревожного состояния. При этом достоверных различий между группами выявлено не было.

Распределение испытуемых по степени выраженности тревоги выявило, что в

группе пациентов только 1,5% испытуемых (1 человек) не переживали тревожного состояния, 27,9% (19 человек) – имели среднюю выраженность тревоги и 70,6% (48 человек) имели высокую выраженность переживания тревожного состояния.

Наблюдаются некоторые гендерные особенности в выраженности тревоги. Средний общий балл в группе женщин (24,9) оказался выше (при  $p \leq 0,05$ ) подобного показателя у мужчин (22,5).

По отдельным пунктам методики HARS для всей группы испытуемых было характерно наличие умеренно выраженной симптоматики, связанной с существованием нервно-психического напряжения (2,25 балла), тревожного настроения (2,18), с нарушениями сна (2,17), поведенческими проявлениями тревоги (2,02). Это характеризует пациентов с метастатическим поражением головного мозга как имеющих трудности релаксации, нарушения сна как в виде затрудненного засыпания, так и в виде поверхностного, не приносящего отдыха, тревожного сна. Для них характерны ощущение психического и физического напряжения, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, раздражительность, ожидание наихудшего. Приблизненными к умеренно выраженному уровню были показатели выраженности мышечной (1,98), сенсорной (1,95) и депрессивной (1,9) симптоматики. Пациенты подчеркивают наличие у них суточных колебаний настроения, утрату привычных интересов и удовольствия от того, что раньше его приносило, появляющееся мышечное напряжение, вегетативные реакции при мыслях о состоянии здоровья, болезни, лечении.

При этом показатели тревожного настроения, выраженности нарушений сна, депрессивной симптоматики и мышечного реагирования оказались статистически более выражены (все при  $p \leq 0,05$ ) в группе женщин (2,25; 22,4; 2,04 и 2,08 балла соответственно) по сравнению с показателями в группе мужчин (1,89; 1,89; 1,7 и 1,75 балла соответственно).

Контент-анализ высказываний пациентов позволил определить основные векторы тревоги. Ими стали:

- 1) Прогноз на будущее, эффективность лечения. Тревогу подобного рода выразили 97% испытуемых (66 чел);
- 2) Предстоящая процедура радиохирургического лечения (радиохирургия как вид лечения, необходимость фиксации стереотаксической рамки) и ее ожидание – 95,5% (65 чел);
- 3) Семья, дети, другие родственники и проблемы, которые могут лечь на их плечи в связи с болезнью и возможной смертью пациента - 61,8% (42 чел);
- 4) Финансовые трудности – 29,4% (20 чел);
- 5) Сомнения в правильности диагноза и/или получаемого лечения – 14,7 % (10 чел);
- 6) Отсутствие необходимой и своевременной медицинской помощи (особенно со стороны врача-онколога) по месту жительства – 13,2%.

Выводы. 1. Для большинства больных с метастатическим поражением головного мозга, поступивших на радиохирургическое лечение на аппарате Гамма-нож, характерно наличие выраженного уровня тревоги.

2. У большинства пациентов высокая тревога обусловлена как наличием основного заболевания, его прогрессированием, так и предстоящей процедурой радиохирургического лечения, что говорит о необходимости проведения психологической работы с данным контингентом больных как в связи с онкологическим заболеванием, так и рамках психологического сопровождения процедуры лечения.

### **Список литературы:**

1. Голанов А.В. и др. Лечение пациентов с метастатическим поражением головного мозга. Клинические рекомендации. Москва, 2015.
2. Трунин Ю.Ю., Голанов А.В., Горельшев С.К. и др. Стереотаксическая лучевая терапия и радиохирургия объемных образований головного мозга у детей //Нейрохирургия и неврология Казахстана. - №2,3 (15,16).- 2009. – с.74.
3. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959; 32: 50-55.

**Особенности лечения пациентов с соматическими симптомами при  
невротических расстройствах в процессе аналитико-катартической  
терапии (АКТА)**

**Ильченко Е.Г., Караваева Т.А.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России  
Санкт-Петербург

Актуальность рассмотрения особенностей проведения психотерапии пациентов с соматическими симптомами при невротических расстройствах обуславливается тем, что для таких пациентов неочевидна связь психологических переживаний и клинических проявлений заболевания. Имея соматоцентрированную картину болезни, такие пациенты фиксированы на соматических симптомах и настроены в большинстве своем на медикаментозное лечение. В связи с этим первым этапом терапии является демонстрация больному связи между эмоциональными переживаниями и имеющимися соматическими симптомами, коррекция внутренней картины болезни и мотивация на психотерапевтическое лечение.

Опираясь на концептуальные основы неразделимости психики и тела, учитывая современные взгляды на патоморфоз психических расстройств, а также действующие классификации психических и поведенческих расстройств динамическое психологическое направление рассматривает ряд соматических эквивалентов заболевания как способ психологической защиты (аффективной переработки) от неразрешимого другим путем внутриличностного конфликта, индуцированного в результате ряда обстоятельств (предрасположенности, личностных особенностей, стрессовых факторов и т.д), проявляющегося не психопатологическими, а соматическими симптомами.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА) позволяет определить эмоционально значимый «внешний раздражитель», имеющий непосредственную связь с возникновением или рецидивом невротического заболевания с соматическими симптомами, и, в дальнейшем, данная психотерапия направлена на осознание и глубокую проработку внутреннего конфликта пациента.

После предварительного интервью, следующим этапом в АКТА является аналитическая часть, где, благодаря беседе-дискуссии, терапевт не только получает анамнестические данные о больном, благодаря эмпатии и принятию устанавливает доверительный контакт терапевт-пациент, определяет связь имеющегося заболевания и ситуации, но и анализирует ценностные ориентации личности пациента, выявляет «Locus minoris resistentiae».

В результате этой работы и, определив внутренние противоречия, переходит к следующему этапу - «диалогу-встрече». Данная техника позволяет специалисту отождествиться с каждой из конфликтующих сторон личности пациента и, благодаря приему «двойного дублирования», провести диалог между «Эго» пациента и его «Альтер-Эго». Дублирование – это основная техника, осуществляемая терапевтом с целью прояснения неотчетливых переживаний, выявления скрытых смыслов. Психотерапевт играет роль внутреннего Я протагониста, помогая выразить и прояснить его чувства и невысказанные мысли.

Техника дублирования предлагает тип интерпретации в форме сообщений («Я» посланий), согласованных с Я-системой пациента. В роли «двойника» психотерапевт начинает работу с поддерживающей пациента роли, однако, как только между ними развился альянс, терапевт включает мягкую провокацию или конфронтацию для ускорения процесса кларификации, тем самым обостряя конфликт и доводя его до осознания, которое сопровождается устранением психологических защит и последующей коррекцией нарушенного отношения.



Целенаправленное использование катартических механизмов лечебного действия с применением специальных технических приемов создает возможность интенсификации и сокращения длительности лечения пациентов с соматическими симптомами при невротических расстройствах.

### **Психогенное переедание: диагностика и терапия.**

**Караваева Т.А., Разина М.В.**

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ  
Санкт-Петербург

В последние десятилетия в развитых странах проводятся исследования проблемы избыточного веса и ожирения и разрабатываются программы лечения этих заболеваний. Традиционно увеличение массы тела связывалось с соматическими причинами или с алиментарным дисбалансом. Однако в настоящее время большое внимание уделяется поиску связи эмоционального состояния человека и нарушений пищевого поведения. В качестве новой диагностической рубрики рассматривается «психогенное переедание» - избыточное употребление пищи, в основе которого лежат психологические факторы. В действующих версиях классификаций заболеваний (МКБ и DSM) этой нозологической формы нет.

Эксплицитность изменений пищевого поведения и степень повышения аппетита на фоне эмоционального напряжения может варьировать от легкой до выраженной, находящейся на границе с нервной булимией. Для определения роли психогенного компонента в увеличении массы тела используется Нидерландский опросник, разработанный T. Van Strien et al., который позволяет выделить три основных типа нарушений питания: экстернальный, эмоциогенный и ограничительный [18].

Психогенному перееданию соответствует эмоциогенный тип пищевого поведения, который встречается примерно у 60% лиц с ожирением и избыточной массой тела. Повышение аппетита и употребление большого количества пищи возникает как ответ на фрустрацию, негативные эмоциональные переживания и неудовлетворенные психологические потребности пациента. Продукты питания, помимо своей основной функции (обеспечение организма энергией и питательными веществами) начинают использоваться, как средство снижения психоэмоционального напряжения. Психологическая тяга к еде усиливается под воздействием стрессовых факторов (гиперфагическая реакция на стресс), а насыщение приводит к снижению эмоционального напряжения, уровня тревожности, повышению фона настроения. В связи с отсутствием других адекватных механизмов совладения со стрессом, формируется устойчивый поведенческий стереотип, воспроизводящийся в любых ситуациях, требующих преодоления [1, 6].

В своем исследовании Е.И. Гетманчук выделяет 4 стадии развития психогенного переедания. На первой стадии вследствие психотравмирующих факторов развиваются первичные тревожно-депрессивные расстройства. На второй стадии происходит попытка компенсации и маскировки данных эмоциональных расстройств за счет реакции гиперфагии. На третьей - формируются вторичные расстройства тревожно-депрессивного спектра как реакция на увеличение массы тела. Последняя стадия характеризуется усилением беспокойства по поводу избыточного потребления пищи и утратой компенсирующей способности гиперфагии [2, 4].

В литературе рассматриваются различные факторы, способствующие формированию психогенного переедания.

Описана роль семейного воспитания и характера взаимоотношений в родительской семье. В процессе своего становления ребенок испытывает дефицит внимания, заботы, эмоционального тепла со стороны родителей и начинает воспринимать еду как единственный способ доставить себе

удовольствие, похвалить, пожалеть, позаботиться о собственной личности и выразить любовь [1].

Ряд авторов считает, что развитие психогенного переедания связано с алекситимией. По мнению G.J. Taylor, алекситимия – это психологическая характеристика личности, заключающаяся в снижении или отсутствии способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений. Алекситимия определяется трудностью в выявлении и описании собственных чувств, а также сложностями в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. Пациенты с психогенным перееданием не могут различить, например, переживание тревоги и ощущение голода [14].

Согласно психосоматической модели, выдвинутой H.L. Kaplan, H.S. Kaplan, у пациентов с психогенным перееданием стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт [16]. Это означает, что человек ест не потому, что испытывает физиологическую потребность в энергии и питательных веществах, а потому, что он раздражен, встревожен, чувствует вину, стыд, грусть, усталость, а иногда даже радость [9].

Согласно гипотезе «маскировки», предложенной J. Polivy и C.P. Herman, в ряде случаев механизм замещения позволяет лицам с избыточной массой тела заменять сложности в своей жизни перееданием [17]. Пациент считает причиной дистресса и основной своей проблемой лишний вес, хотя, на самом деле, ожирение – лишь следствие дисгармонии в других сферах жизни пациента. В этом случае переедание происходит неосознанно, а непрекращающиеся попытки сбросить избыточный вес выступают поводом не заниматься своей жизнью и не обращать внимания на реально существующие проблемы [9, 17].

Для достижения долговременного клинического эффекта и определения оптимальной персонализированной стратегии лечения необходимо не просто определить тип нарушения пищевого поведения, но и провести комплексную диагностику психологических характеристик пациента, которые могут так или

иначе приводить к накоплению избыточного веса и затруднять процесс его снижения.

Среди таких психологических особенностей О.Н. Григорьян, И.Г. Малкина-Пых, А.В. Сидоров выделяют склонность к категоричному, дихотомическому мышлению, перфекционизм, нарушение удовлетворенности образом тела, излишнюю импульсивность и алекситимию [3, 6, 10].

В психотерапии психогенного переедания можно выделить три основных этапа. Первый этап носит психообразовательный характер и предполагает информирование пациента о причинах возникновения и особенностях протекания данного заболевания, о рисках формирования осложнений и вторичных расстройств, биопсихосоциальной концепции нарушений, обучение основной терминологии (алиментарное ожирение, психогенное переедание, индекс массы тела и др.) [11].

На втором этапе целесообразным является применение когнитивно-поведенческого подхода к лечению, включающего в себя четыре фазы терапии.

Первая фаза направлена на повышение, усиление мотивации пациента к лечению, установление доверительных отношений, заключение контракта. В начале терапии пациент совместно с терапевтом оценивает свою психологическую готовность к изменениям, анализирует вторичные выгоды избыточного веса, преимущества и недостатки перехода к новому образу жизни. Терапевт информирует пациента о формате и частоте встреч, ответственности сторон, длительности лечения и заключает психотерапевтический контракт. В мотивационной фазе будет актуальным применение техник «За и против изменений», «Взгляд в будущее» и др. [5].

Вторая фаза терапии направлена собственно на формирование у пациента навыков успешного снижения веса. Пациент обучается основам ведения пищевого дневника и подсчета калорий, совместно с терапевтом составляет индивидуальный рацион и режим питания с учетом его образа жизни и предпочтений в пище, измеряет объемы тела, используя сантиметровую ленту,

и ведет график снижения веса, осуществляет выбор приемлемой физической нагрузки. Психотерапия направлена на преодоление барьеров, препятствующих успешному достижению цели, и проработку сопротивления терапии. Наиболее часто встречающиеся проблемы на этой фазе: невнимательный или неверный подсчет калорий, неправильный выбор продуктов, избыточное употребление алкоголя, частые перекусы, а также прием пищи в качестве вознаграждения или в виде реакции на стресс или плохое настроение [15]. Проводится коррекция алекситимии: пациента обучают разделять физический голод и эмоциональный дискомфорт, для чего предлагается вести дневник эмоций, позволяющий осознавать взаимосвязи своего психологического состояния и возникающего ощущения голода. Когнитивные интервенции (например, техника «Исследование обоснованности мыслей») направляются также на склонность к перфекционизму и дихотомическому мышлению пациентов [12].

На третьей фазе происходит проработка первичных целей снижения веса и коррекция образа тела. Среди первичных целей чаще всего отмечаются желание улучшить внешний вид, повысить уверенность в себе, гармонизировать взаимоотношения с окружающими. Цель психотерапевта – сместить фокус внимания пациента со снижения веса на другие сферы жизни и подготовить его к этапу сохранения достигнутых результатов [15].

Не менее важной является работа по коррекции образа собственного тела. Пациенту необходимо объяснить разницу между желаемым и идеальным весом, помочь усвоить и принять реалистичные цели по снижению массы тела, а также разорвать взаимосвязь между идеальной фигурой и успешностью в жизни.

Четвертая фаза направлена на обучение пациента навыкам успешного сохранения веса. Она начинается с того момента, когда пациент достигает желаемого результата. Идеальным результатом будет являться приобретение пациентом навыков интуитивного питания.

Третий этап лечения психогенного переедания посвящен глубинным методам психотерапии, работе с бессознательным и способствует достижению стойкой ремиссии заболевания.

Повысить эффективность психотерапевтических воздействий позволяет формат регулярных групповых занятий, которые могут включать в себя работу с образом тела и мышечными блоками в рамках телесно-ориентированной терапии [8]. Также могут использоваться арт-терапевтические методы, позволяющие невербально проявить и отреагировать переживания. Интегрирование гештальт-ориентированных техник дает возможность опосредованно разрешать внутриличностные противоречия пациента, лежащие в основе эмоциональных нарушений [7, 13].

Таким образом, психотерапия психогенного переедания носит сложный многоступенчатый характер и требует индивидуального подхода. Эффективное лечение пищевой зависимости целесообразно проводить длительно, интегрируя различные психотерапевтические методы и сочетая индивидуальные и групповые формы работы, что позволяет не только снизить вес, но и сохранить достигнутые результаты.

### **Список литературы:**

1. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Международный эндокринологический журнал. – 2007. – № 3(9).
2. Гетманчук Е.И. Клинико-психопатологическая и медико-психологическая характеристика больных с психогенной гиперфагией // Архів психіатрії. 2012. Т. 3. № 70. С. 19–25
3. Григорьян О.Н., Гладышев Д.А., Сенкевич Л.В., Моргунова Ю.В. Индивидуально-психологические особенности женщин, страдающих экзогенно-конституциональным ожирением II и III степени // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. М.: Изд-во Моск. гос. открытого ун-та. 2008. N 4. С. 46–53.

4. Емелин К.Э. Расстройства пищевого поведения, приводящие к избыточному весу и ожирению: классификация и дифференциальная диагностика // РМЖ. 2015. С. 12
5. Еричев, А. Н. Когнитивно-поведенческая психотерапия избыточной массы тела [Текст] : учебное пособие / А. Н. Еричев, А. В. Бобровский, А. П. Федоров ; М-во здравоохранения Российской Федерации, Гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования "Северо-Западный гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова" М-ва здравоохранения Российской Федерации, Каф. психотерапии. - Санкт-Петербург : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2011. - 36, [2] с.
6. Малкина-Пых И.Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением // Экология человека, 2010. - № 1. - С. 25-32.
7. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения : Эксмо; Москва; 2007. – 1040 с. - ISBN 978-5-699-20742-8
8. Приленский Б.Ю, Приленская А.В., Федорова И.И., Култышев Д.В. Актуальные вопросы психотерапии зависимого пищевого поведения. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
9. Сидоров А.В. Психологические модели переедания и ожирения / А. В. Сидоров // Российский психологический журнал. - 2011. - Т. 8, № 3. - С. 30-40. - Библиогр.: с. 37-40 (35 назв.) . - ISSN 1812-1853
10. Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением // Психологические исследования. 2012. № 1(21). С. 10
11. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения: монография / О. А. Скугаревский. – Минск: БГМУ, 2007. – 340 с. – ISBN 978–985–462–756–4.
12. Федоров А.П. Базовые техники когнитивной психотерапии. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 38 С.

13. Филиппов И.А. Жир на кушетке: взгляд психоаналитически ориентированного терапевта на проблему ожирения. – БХВ-Петербург, 2013. – 250 с.
14. Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I: Item selection and cross-validation of the factor structure // J. Psychosom. Res. 1994. Vol. 38. P. 23–32
15. Fairburn C.G., Cooper Z., Hawker M.D. Cognitive-behavioural treatment of obesity — a clinicians guide. The Guilford Press: New York. – 2003. P. 232. – ISBN 1572308885
16. Kaplan H.L., Kaplan H.S. The psychosomatic concept of obesity J. Nerv // Ment. Dis. – 1957. – Vol. 125. – # 2. – P. 181–201.
17. Polivy J., Herman C.P. Distress and eating: Why do dieters overeat? // Int. J. Eat. Disord. – 1999. – # 26. – P. 153–164.
18. Van Strien T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. - Int. J. Eating Disord. – 1986.- Vol. N. – 2.- P.188-204.

## **Психосоматические и соматопсихические соотношения проявлений**

### **кожи**

**Караваяева Т.А., Соболева А.В.**

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»  
Санкт-Петербург

Патогенез психосоматических заболеваний определяется ведущим вкладом в их возникновение, развитие, течение, эскалацию психологических факторов и механизмов. Соматопсихические соотношения определяются воздействием соматического заболевания на психику человека через его отношение к болезненному процессу, восприятие симптоматики,



прогноза, понимание особенностей лечения. Актуальность исследований в этой области связана со сложностью выявления и оценки психических и соматических соотношений, возможностью достоверно констатировать определенные явления и процессы (Смулевич А.Б. с соавт., 2005; Раева Т.В., 2006; Al-Abadie M., 1994; Gupta M.A., Gupta A.K., 1996; Laithinen A., 2008).

Широкая распространенность среди населения кожных симптомов и заболеваний во всем мире обуславливает необходимость не только их клинической трактовки, но разработок моделей комплексного лечения на основании персонализированного подхода в рамках современной биопсихосоциальной концепции понимания болезней. Значимость рассматриваемой медико-социальной проблемы определяется также финансовыми затратами на лечение больных с кожными заболеваниями, которые занимают одно из ведущих мест в системе здравоохранения.

Одним из актуальных вопросов, рассматривающихся в ряде научных исследованиях, является проблема первичных и вторичных нарушений, а также причинно-следственные влияния. Психосоматические механизмы определяют возникновение кожных симптомов в результате воздействия внутренних или внешних психологических факторов, а чаще их совокупности. И в этих случаях причина заболевания находится в области психического, которое оказывает влияние и лежит в основе нарушения соматических функций (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Кошевенко Ю.Н., 2002; Павлова О.В., 2002; Gupta M.A., Gupta A.K., 1996; Panconesi E., Hautmann G., 2006). О «вторичности» дерматоза можно говорить не только, когда имеют место стрессовые, травматичные события, но в первую очередь при выявлении внутриличностных противоречий и определенных личностных характеристик, которые нарушают адаптационные возможности индивидуума и не способствуют формированию проблемно-решающего поведения. В тоже время во многих исследованиях рассматриваются не только психосоматические механизмы, но также и соматопсихические, поскольку кожные заболевания, в особенности те, которые приводят к косметическому

дефекту и дискомфортным ощущениям, способствуют развитию нервно-психических расстройств.

В исследованиях, посвященных соотношению биологического, психологического, социального компонентов патогенеза кожных заболеваний О.Л. Иванов (2004) выделяет наследственную предрасположенность, конституциональные особенности, индивидуальный жизненный путь и воздействие окружающей среды.

На современном этапе научных исследований, основанных на принципах доказательной медицины, сохраняется проблема выявления и оценки причинно-следственных связей и взаимного влияния кожи и психики.

Несмотря на сложности определения психических и соматических взаимодействий и выделения первичных патогенетических механизмов, большинство исследований достоверно подтверждают, что кожные заболевания, в патогенезе которых основное влияние принадлежит психологическим факторам, встречаются значительно чаще, это и определяет актуальность комплексного подхода к диагностике, терапии и профилактике этих нарушений (Терентьев С.Ю., 2011; Романов Д.В., 2014).

В настоящее время не подлежит сомнению, что в развитии любого психогенного расстройства, в том числе и кожного, важную роль играет не только само психотравмирующее событие, но и восприимчивость и уязвимость психики пациента, в основе которой лежат глубокие психологические механизмы – преморбидные особенности личности, внутриличностные противоречия, адаптационно-защитные механизмы (активные психологические защиты, копинг-механизмы, навыки проблемно-решающего поведения), а также характеристики социального функционирования (Павлова О.В., 2003; Хайрнасов Р.Р., 2005).

Представители динамического направления, основываясь на аналитической трактовке психосоматической природы кожных заболеваний, считают, что кожа выполняет роль соотносимую с функцией психологических защит, создавая не только физиологический, но и психологический барьер организма

для сохранения и поддержания гомеостаза и ограды индивидуума от стрессовых негативных влияний, психологических травм (Добрецкая К.В., 2012).

В современной отечественной и зарубежной литературе представлено большое количество исследований, подтверждающих психосоматический характер многих кожных заболеваний (Павлова О.В., 2003; Кочергин Н.Г., 2004; Великанова Л.П., Шевченко Ю.С., 2005; Н.И., Новицкая Н.Н., Якубович А.И., 2013; Arnetz V. et al., 2005; Gieler U., Horing C.M., 2008; Laithinen A., 2008).

Например, в работах В.Д. Тополянского и М.В. Струковской (1986) показано, что в основе очаговой алопеции в 87% и себореи в 54% лежит тяжелый эмоциональный стресс. Они так же считают, что такие высыпания, как вульгарные угри, розацеа, алопеция и псориаз могут развиваться в структуре периода декомпенсации вялотекущей шизофрении.

С.В. Холарев с соавторами (2002) провели исследование в котором выяснили, что зуд, чувство покалывания, акрогипергидроз являются психосоматическими масками тревоги у детей.

По данным R. Griesemer и T. Nadelson (1979), пусковая роль психогенных факторов в развитии кожных заболеваний отмечена у 76% больных с дисгидротической экземой кистей рук и 70% пациентов с атопическим дерматитом. При этом, временный интервал между воздействием психогенного фактора и возникновением симптомов экземы был равен двум дням, а при атопическом дерматите реакция происходила мгновенно.

Если в результате воздействия психологических факторов развивается кожное психосоматическое заболевание, меняющее внешний вид, сопровождающееся неприятными симптомами (жжение, зуд, покраснение, шелушение, мацерация и др.), то нарушение качества жизни, уменьшение возможностей социального функционирования, снижение самооценки, изменение самоотношения становятся дополнительным фрустрирующим фактором, который, повышая

тревогу, способствует усилению проявления кожного заболевания (Павлова О.В., 2003; Багненко Е.С., 2012).

Одним из наиболее распространённых среди населения кожных заболеваний считается нейродермит или атипичский дерматит, являющийся примером безусловной взаимосвязи проявлений кожи и изменений психики. С середины XX века заболевание привлекло к себе внимание нейро- и психодерматологов. Ещё в 30-е годы прошлого столетия Франц Габриэль Александер (1950) включил его в «святую семерку» психосоматических заболеваний. Хотя патогенез атопического дерматита является многокомпонентным расстройством, более трети случаев его обострения связаны с основным триггером – психическим напряжением, и проявления могут начаться и рецидивировать после разнообразных психических травм, длительных волнений, тяжелых переживаний (Кочаргин Н.Г., 2004; Кулагин В.И., Павлова О.В., 2007; Panconesi E., Hautmann G., 2006; Gieler U., Horing SM., 2008). Как правило, нейродермит сопровождается страхами, депрессией, враждебностью, беспокойством, пассивностью, непереносимостью стрессов и эмоциональной несамостоятельностью (Гольдштейн Л.М., 1967; Львов А.Н., 2001). В своей работе Ю.В. Сергеев отмечает, что психопатии у больных с атопическим дерматитом встречаются в восемь раз чаще, чем в общей популяции. Изучая больных с проявлениями нейродермита, В.В. Матвейчук (1999) зарегистрировал общие изменения: увеличение времени засыпания, ухудшение самочувствия, неглубокую депрессию, повышение тревоги, а также отметил наличие гендерных отличий. По его мнению, у женщин выражена вегето-сосудистая дистония, гипервентиляционный синдром, депрессия, снижение самочувствия, активности и настроения, а у мужчин основной ряд показателей соответствовал норме, за исключением повышенной агрессивности и личностной тревоги. В исследованиях И.Н. Ивановой и Р.А Мансурова (2003) приведены интересные данные о больных с атопическим дерматитом. Среди изучаемой выборки у 31% отмечалась шизоидная акцентуация, у 15% – циклотимическая, у 12% – психастеническая.

К тому же, по их мнению, в 37% случаев болезнь сопровождалась клиническими проявлениями депрессии. Результаты, полученные Н.Е. Филипповым (2004) свидетельствуют, что 82% страдающих нейродермитом интроверты, причем у 62% повышен уровень тревожности. Это в целом совпадает с данными И.В. Переверзевой (2009), автор в одном из последних исследований этого заболевания отмечала влияние на течение, проявления и эффективность лечения нейродермита отдельных акцентуаций темперамента, которые имеют различия, связанные с полом. У мужчин она выделяет повышение шкал невротизма на 57%, эмоциональной инертности на 23% и снижение шкалы эмоциональной лабильности на 12%, а у женщин – снижение социальной активности на 22%, энергичности на 31%, сенситивности на 24% и повышение невротизма на 64%.

Не менее часто встречающимся и широко распространенным кожным заболеванием, психосоматическая природа которого изучалась на протяжении длительного времени различными исследователями, считается псориаз. Отнесение псориаза к ряду психосоматических заболеваний кожи основано на огромном клиническом материале, позволяющем проследить связь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией дерматоза (Гребенников В.А., 2003; Николаева В.В., 2004; Баранчук Н.И., Новицкая Н.Н., Якубович А.И., 2013; Roenigk R., 2005).

Для больных этой нозологией характерен тревожно-неврастенический тип отношения к болезни (беспокойство и мнительность по поводу неэффективности и опасности лечения) (Wisnicka B., Szepietowski J. C., Reich A., Orda A., 2004; Matussek P. et al., 2005). Личностная тревожность и наличие других психопатологических нарушений у пациентов зависят от пола, периода обострения заболевания, личностных особенностей и жизненных обстоятельств (Гребенников В.А., Дакиева Л.М., 2003; Arnetz V. et al., 2005). У мужчин, больных псориазом, у большинства больных псориазом В.П. Адаскевич и В.П. Дубровой (2003) выявили «снижение фрустрационной толерантности с фиксацией на фрустрирующей ситуации, страх перед

будущим, стремление полностью оградить себя от неприятных воспоминаний и переживаний, отрешенность, замкнутость, низкую способность к эмпатии и установлению жизненных целей, пассивную жизненную позицию». Оценивая частоту встречаемости психических нарушений. В своей статье А.И. Якубович, Н.Н. Новицкая, Н.И. Баранчук (2013) указывали, что псориаз - «является следствием неправильного развития отношений между индивидуумом и социальными структурами, в которые он включен». Так же авторы обращают внимание на важность использования комплексного лечения заболевания, сочетающего дерматотропные и психотропные средства. При возникновении первичных дерматологических заболеваний имеют место соматопсихические влияния. Представления о нозогенных реакциях, основаны на изучении восприятия заболевания, течения, прогноза, отношение к необходимому лечению пациентом, его внутренней картины болезни в сочетании с психологическими особенностями, защитно-адаптационными возможностями, которое дает возможность понимания механизмов возникновения адаптационных расстройств, в том числе и невротических нарушений, посттравматического стрессового расстройства, эндореактивных депрессивных состояний (Зайцева О.Г., 2000; Иванова И.Н., 2003; Каневская Я.А., 2005; Белоусова Т.В. с совт., 2007; Шавловская О.А., 2014; Sheehan-Dare R.A., Henderson M.J., Cotteril J. A. , 1999; Gupta M.A., Lanis R.A., Van der Kolk V.A., 2005).

В связи с этим заболевания кожи, не имеющие психосоматического (истинного) механизма, воздействуют на психику, формируют нозогнозию и влияют на эмоциональные состояния, вызывая психические нарушения (Белоусова Т.А., Львов А.Н., Дороженко И.Ю., 2007). Наличие косметических дефектов различной локализации и выраженности становится потенциальным фактором развития нервно-психических расстройств (Каневская Я. А., 2005; Багненко Е.С., 2013). Кожные симптомы в большинстве случаев заметны окружающим, что делает эти проявления дополнительным стрессовым фактором, который включаясь в патогенез заболевания создает основу для

формирования вторичных переживаний (преимущественно тревожных и депрессивных), тем самым способствуя хронизации заболевания и фиксации переживаний, создавая так называемый «порочный круг».

В формировании нозогении, как фактора, способствующего формированию адаптационных нарушений существенное место занимает внутренняя картина болезни, т.е. все представления пациента о характере, опасности имеющихся нарушений, прогнозе заболеваний, трудности переносимости применяемых методов лечения, уровне негативных переживаний, связанных с болезнью (Зайковски К., Хаустейн У., Венецки П., 1990; Николаева В.В. с соавт., 2004; Zalewska A., 2007).

Исследовались частота возникновения и характер психических расстройств (нозогенные реакции) у больных с длительно протекающими дерматозами фациальной локализации — розацеа и себорейный дерматит. Установлено, что в обеих группах преобладали депрессивные реакции (у 52,3% с розацеа и 41,6% себорейным дерматитом), представленные депрессиями легкой и средней степени тяжести. Выраженность симптомов депрессии в большинстве случаев коррелировала с активностью воспалительного процесса и площадью поражения кожи. Показано, что значимыми отличиями пациентов с розацеа являлись сенситивные реакции на кожное заболевание, степень выраженности которых соответствовала тяжести течения дерматоза. У больных с себорейным дерматитом доминировали социофобические реакции в виде ипохондрии красоты с многообразием субъективных жалоб, не соответствующих объективным клиническим симптомам. Нозогенные реакции у больных с дерматозами фациальной локализации утяжеляют их течение и в большинстве случаев требуют психофармакологической коррекции (Белоусова Т.А., Дороженок И.Ю., 2006).

Наиболее частые аффективные нарушения, сопровождающие течение кожных заболеваний по данным большинства научных источников – тревожные, фобические (чаще социофобические), депрессивные переживания, в основе которых лежат соматические проявления, имеющие актуальный и постоянно

фрустрирующий характер (деформация кожи, зуд, шелушение, жжение, покраснение и т.д.) (Зайцева О.Г., 2000; Канаевская Я.А., 2005; Раева Т.В., 2006; Романов Д.В., 2014; Шавловская О.А., 2014; Sheehan-Dare R.A., Henderson M.J., Cotteril J. A., 1999; Matussek P. Et al., 2005; Nasierowski T., Wolynczyk D., 2007).

Подтверждая причинную роль соматогенной депрессии в развитии красного плоского лишая, И.Н. Иванова (2007) отмечает, что данное заболевание является классической нозогенией, т.к. развивается на фоне депрессивного состояния после перенесения стресса.

Учитывая взаимные влияния соматического и психического звеньев патогенеза кожных заболеваний и их многофакторную природу, дерматологические больные требуют внимания различных специалистов, социального окружения, что должно реализовываться в комплексных программах диагностики и лечения дерматологических нарушений, основанных на персонализированном подходе, объединяющем усилия врачей общей практики, дерматологов, психологов, психотерапевтов, социальных работников в эффективно функционирующую бригаду, обеспечивающую максимально качественное и современное лечение, позволяющее улучшить качество жизни пациентов и добиться более быстрого выздоровления, снижение риска хронизации и обострения заболевания (Адаскевич В.П., Дубова В.П., 2003; Смулевич А.Б. с соавт., 2005; Павлова О.В., 2007; Терентьев С.Ю., 2011; Романов Д. В., 2014).

#### Литература:

1. Адаскевич В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) Текст./ В.П. Адаскевич, В.П. Дуброва// Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. - №1. - С. 51-56.



2. Александровский Ю.А. Краткий психиатрический словарь. М.: РЛС-2009 - 2008. – С. 128.
3. Багненко Е.С. Психологические характеристики женщин с косметологическими проблемами и их динамика в процессе лечебной коррекции/ Диссертация. – СПб - 2012. – 175 с.
4. Баранчук Н.И., Новицкая Н.Н., Якубович А.И. Психосоматические аспекты патогенеза псориаза / Сибирский медицинский журнал. - 2013. - №3. - С. 5-8.
5. Белоусова Т. Нозогенные психические расстройства, обусловленные дерматологической патологией Текст./ Т. Белоусова, А. Львов, И. Дороженок // Врач. 2007. - №2. - С. 15.
6. Белоусова, Т. А. Нозогенные реакции у больных дерматозами фациальной локализации Текст. / Т. А. Белоусова, И. Ю. Дороженок // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2006. - № 1. - С. 41 -45.
7. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1)/ Журнал Социальная и клиническая психиатрия, Астрахань - 2005. – том 15. - №4. - С. 79-91.  
Гребенников В. А. Психологический статус больных псориазом в условиях хронического стресса Текст. / В. А. Гребенников, Л. М. Дакиева // Первый российский конгресс дерматовенерологов: тезисы научных работ. СПб, 2003. - Т.1. - С. 33-34.
8. Добрецкая К.В.. Символизм кожи и проблемы современной психодерматологии / Вісник Харківського національного університету - 2012. - №1009. - с. 165-168.
9. Дороженок И.Ю. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему. / И.Ю. Дороженок, А.Н. Львов // Рос. журн. кож. и вен. бол. 2006. - №4. - С. 16-20.
10. Дороженок И.Ю., Иванов О.Л., Львов А.Н., Смулевич А.Б. Психодерматология: современное состояние проблемы / Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова – 2004. –Том 104. - № 11. - С. 4-13.

11. Зайковски К., Хаустейн У., Венецки П. Особенности отношения к болезни у больных псориазом // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях.- Л., 1990.- С. 77-81.
12. Зайцева О.Г. Психические расстройства у больных хроническими дерматозами. / Автореф. дис. .канд.мед.наук.- СПб., 2000.- 20с.
13. Иванов О.Л., Львов А.Н. Краткий очерк психодерматологии. / Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т.6. - №6.
14. Иванов О.Л., Львов А.Н. Краткий очерк психодерматологии. / Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т.6. - №6.
15. Иванов О.Л., Львов А.Н., Миченко А.В. Атопический дерматит: современные представления. // Русский Медицинский журнал. 2007. - №19. - С. 1362
16. Иванова И.Н. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем. / И.Н. Иванова, Р.А. Мансуров // Вестн. дерматол. и венерол. — 2003. -№5.-С. 28-29.
17. Иванова, И.Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных Текст. / И. Н. Иванова // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2007.- №5. С. 77-79.
18. Каневская Я.А. Нервно-психические расстройства у лиц с косметическими дефектами: комплексная терапия, реабилитация/ Диссертация. - Оренбург - 2005. – 184 с.
19. Кочергин, Н.Г. Атопический дерматит: аспекты патогенеза и терапии / Г.Н. Кочергин / Русский мед. журн. – 2004. - Т.12, №18. – С.1076-1081.
20. Кулагин В.И., Павлова О.В. Особенности течения атопического дерматита и псориаза у больных, страдающих психологическими нарушениями / Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – N1. – С. 16-19.
21. Львов А.Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции. / А.Н. Львов: Автореф. дис. . канд. мед. наук. 2001. - 25 с.

22. Николаева В.В. Особенности внутренней картины болезни у больных псориазом и нейродермитом / В.В. Николаева, Г.Ф. Рыбина, В.Ю. Елецкий // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2004.-№12.-С. 27-31
23. Павлова О.В. Основы психодерматологии., - М.: ЛКИ - 2007. - 240 с.
24. Павлова О В. Психосоматические аспекты патогенеза хронических кожных заболеваний/ Psikhologicheskii Zhurnal - 2003. – том 24. - №5. – С. 88-95.
25. Переверзева И.В. Влияние семакса на эффективность лечения больных атопическим дерматитом и состояние регуляторных систем организма. / автореф. дисс. канд. наук. - Курск. – 2009. - 22 с.
26. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической практике. / автореф. дис. . докт.мед.наук. Томск, 2006. - 48 с.
27. Романов Д. В. Психические расстройства в дерматологической практике / Диссертация. - Москва. - 2014. - 353 с. Смулевич А.Б. Современная психодерматология: анализ проблемы. / А.Б. Смулевич, О.Л. Иванов, А.Н. Львов // Рос. жур. кож. и вен. бол. 2005. - №6.-С. 30-33.
28. Терентьев С.Ю. Оптимизация антипсориазной терапии на основании комплексной оценки клинико-иммунологических и психологических параметров больных вульгарным псориазом. / дисс.канд.мед.наук., Москва., 2011. – 88с.
29. Тополянский, В. Д. Психосоматические расстройства Текст. / Б. Д. Тополянский, М. В. Струковская. М. : Медицина, 1986. - 384 с.
30. Шавловская О.А. Тревожные расстройства в дерматологической практике/ Журнал Дерматология – 2014. - №3. - С. 33-35.
31. Юсупова Л.А., Абдрахманов Р.М. Психодиагностика и психокоррекция в дерматокосметологии/ Учебно-методическое пособие. - М.: КГМУ - 2011. - 64 с.

32. Al-Abadie M. The relationship between stress and the onset of exacerbation of psoriasis vulgaris and skin conditions. / M. Al-Abadie, G. Kent, D. Gawkrödger // Brit. J. Dermatol. 1994. - Vol. 130. - P. 199-203.
33. Alexander F. Psychosomatic medicine. New York; Norton. 1950.
34. Arnetz B. et al. Stress and psoriasis: psychoendocrine & metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure / // Psychosomatic medicine. 2005. - № 47. - P. 528 – 541
35. Gieler U., Horing CM. Atopic dermatitis. Psychosomatic and psychotherapeutic treatment. // Hautarzt. 2008. - Vol. 59. - № 4. - P. 308-13
36. Griesemer R. Emotional aspects of cutaneous disease / R. Griesemer, T. Nadelson // Dermatology in General Medicine. New York, 1979. - P. 1353- 1363.
37. Gupta M.A. Psychodermatology: an update / M.A. Gupta, A.K. Gupta // J.AmAcad. Dermatol.- 1996.- Vol. 34(6). P. 1030-1046.
38. Gupta M.A., Lanius R.A., Van der Kolk B.A. Psychologic Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Dermatology. // Dermatol Clin. 2005. - № 23. - P. 649 – 656
39. Laithinen A. Psychosomatic aspects in dermatosis / A. Laithinen // Ann. Cein. Res. 2008. - Vol. 19, № 2. - P. 147 - 149.
40. Matussek P. Aggression depressives and psoriatics psychotherapy / P. Matussek, D. Agerer, G. Seibt // Psychosomatics. 2005. - № 43. - P. 120 -125.
41. Nasierowski T., Wolynczyk D. Co-occurrence of psychiatric and dermatologic disorders. Case studies. // Psychiatr Pol. — 2007. — Vol. 41. -№1. - P. 111-119
42. Panconesi E. Psychophysiology of Stress in Dermatology / E. Panconesi, G. Hautmann // Dermatologic Clinics. 2006. - Vol. 46, №3. - P. 399 -421.
43. Roenigk R. Psychological aspects of psoriasis / R. Roenigk, H. Maybach. - N.Y.; Basel, 2005. 141 p.
44. Sheehan-Dare R.A., Henderson M.J., Cotteril J. A. Anxiety and depression in patients with chronic urticaria and generalized pruritus / R.A. Sheehan-Dare, M.J. Henderson, J.A. Cotteril // Br. J. Dermatol.- 1999.- Vol. 123 (3). P. 769-774.

45. Wisnicka B., Szepietowski J. C., Reich A., Orda A. Psoriasis psychological aspects //Dermatol. Psychosom. - 2004. - Vol. 5. - P. 73-78

46. Zalewska A. Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients/ A. Zalewska, J. Miniszewska, J. Chodkiewich, J.Narbutt// J. Eur. Acad. Dermatol. Venerol., 2007. Vol. 21. - № 2. - P. 235 - 42.

## **Роль эмоциональных нарушений в развитии декомпенсированного течения сахарного диабета 2 типа**

**Кошанская А.Г.**

Лечебный факультет ФБГОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет»

Майкоп, Адыгея

Сахарный диабет (СД) II типа является одним из самых распространенных эндокринных заболеваний, 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. [5]. По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД II типа. В возникновении и развитии декомпенсированного течения СД играют важную роль нарушения эмоциональной сферы, вызванные переживанием больными значимых психотравмирующих ситуаций [6]. С одной стороны, большинство больных СД II типа склонны фиксировать свое внимание на сложностях своей жизни испытывая эмоции, сходные с реакциями горя и потерь, систематически воспроизводя их в своем сознании, что блокирует способность к конструктивному мышлению и фактически останавливает процесс терапевтического контроля над заболеванием. С другой стороны, больные СД II типа переживают ситуацию соматического неблагополучия эмоционально,

беспокоясь о том, что возникает множество ограничений, связанных с течением заболевания, угроза потери работы и профессионального роста, риск развития соматических осложнений, вызывающие ощущение потери контроля над собственной жизнью и будущим, что способствует формированию инвалидной жизненной позиции. Соответственно, больные СД II типа считают свое заболевание результатом воздействия внешних факторов, но при этом практически не прилагают собственных усилий для восстановления здоровья. Для адаптации больных СД II типа к хроническому течению заболевания необходимо знание эмоциональных особенностей, оказывающих выраженное влияние на их поведение [1].

На базе эндокринологического отделения ГБУЗРА «Адыгейская республиканская клиническая больница» нами обследовано 123 больных СД II типа: 44 мужчины и 79 женщин (средний возраст  $58,2 \pm 0,95$  лет), средняя продолжительность заболевания  $8,2 \pm 0,7$  лет. В обследуемую группу включены 67 больных инсулиннезависимым СД (ИНСД) и 56 больных инсулинопотребным СД (ИПСД). Исследование проводилось с помощью Торонтской алекситимической шкалы (G.Taylor,1985; Д.В. Ересько,1994), Шкалы Бека для оценки тревоги (The Beck Anxiety Inventory, 1967), Шкалы Бека для оценки депрессии (The Beck Depression Inventory, 1961), Шкалы безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale, 1991). Тревожно-депрессивная симптоматика выявлена у 96,3% обследованных больных СД II типа. У большинства больных СД II типа отмечен средний и высокий уровень тревоги (у 34% и 35,5% соответственно) с проявлениями субъективного напряжения, сопровождающегося раздражительностью и беспокойством. Депрессивное расстройство достигает легкой степени у 39,4% обследованных больных СД II типа, умеренной – у 23,3%, выраженной – у 18,3% больных, тяжелой степени депрессии в данной выборке больных не выявлено. У больных ИПСД в 79,5% случаев выраженность депрессивной симптоматики выше, чем у больных ИНСД (45,7%) ( $p < 0,003$ ), и характеризуется нарушением сна, сниженным настроением, тревожным возбуждением, соматическими симптомами с

проявлениями беспокойства и раздражительности. Ухудшение общего состояния здоровья и физической активности у больных ИПСД можно связать с возрастанием тяжести диабетических осложнений. Следует отметить, что больные СД II типа отрицали наличие суицидальных намерений и чувства виновности даже при умеренной и выраженной тяжести депрессивного состояния, на что указывают и результаты исследования Шкалой безнадежности Бека. У 74% больных СД II типа низкий и у 24% средний уровень проявления безнадежность, позволяющие предположить склонность редко переживать отчаяние или крайний пессимизм по поводу будущего, а также негативно воспринимать себя и окружающий мир. Высокий уровень алекситимии отмечен у 60,6% больных СД II типа, при этом число больных с высоким уровнем алекситимии в подгруппе ИПСД (81,4%) достоверно выше, чем в группе ИНСД. Сочетанное повышение уровней алекситимии и депрессии выявлено нами у 50,78% больных СД. Высокие показатели алекситимии значимо связаны с выраженностью тревоги и депрессии ( $r = +0,5$ ), снижая пороги реагирования на хронический стресс, и изменяя толерантность к нему, ухудшая настроение и снижая социальную адаптацию. Наличие высокого уровня алекситимии и высокого уровня тревожно-депрессивной симптоматики значительно снижают качество жизни больных СД II типа независимо от типа клинического течения, ухудшая общее состояние здоровья, физическую активность и психическое здоровье. В процессе статистической обработки найден порог гликированного гемоглобина (HbA1c) 7,8%, выше которого депрессия становится значимо положительно связанной с уровнем HbA1c [3]. Это позволяет предположить активное включение депрессии в психосоматический механизм формирования декомпенсации СД II типа. Депрессия и алекситимия очень близки по механизму влияния на соматическое расстройство, поскольку для них характерны гемодинамические нарушения, развитие инсулинорезистентности, расстройства регуляции углеводного метаболизма, эндотелиальной дисфункции, что типично для сосудистых осложнений

сахарного диабета и является одним из важных звеньев его развития и декомпенсированного течения. Возрастание уровня депрессии у больных СД II типа отражает тенденцию к возрастанию риска артериальной гипертензии, микроангиопатии нижних конечностей, увеличению массы тела. Изученные взаимосвязи эмоциональных нарушений и соматических характеристик у больных СД II типа показывают, что между депрессией, сопровождающейся высоким уровнем алекситимии и индексом массы тела, холестерина и мочевины отмечена значимая положительная связь. Учитывая патогенетическое значение HbA1c и фибриногена в развитии диабетических осложнений, исследована зависимость их содержания от уровня депрессии у больных СД II типа. Полученные данные показывают, что при наличии у больных СД II типа выраженной депрессии и высокого уровня алекситимии возрастает концентрация фибриногена и HbA1c в плазме крови. Это дает возможность представить их как прогностически неблагоприятный фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Больные с высоким уровнем тревоги и депрессии предпочитали отрицать личную ответственность за соблюдение терапевтического режима и имели низкий уровень саморегуляции с недостаточным когнитивным оцениванием [4]. При сочетании тревожно-депрессивного состояния и высокого уровня алекситимии существенно затруднен процесс коммуникации с больными СД II типа и это снижает уровень терапевтического сотрудничества, являющегося важным при декомпенсированном течении СД II типа.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что высокий уровень алекситимии и наличие тревожно-депрессивного состояния значимо взаимосвязаны с декомпенсированным течением СД II типа, приводящие к социально-психологической дезадаптации и неудовлетворительному управлению пациентами своим заболеванием с нарушением терапевтического режима. Своевременная оценка эмоционального состояния больных и психотерапевтическая работа позволит сформировать положительную лечебную и жизненную перспективу, оптимизировать реабилитационный



процесс. Знание эмоциональных особенностей расширяет возможности коррекции их негативного влияния на течение СД II типа, что может помочь специалистам в области обучения больных в Школе диабета и врачам, занимающимся лечением этих больных, выбрать правильную тактику в соответствии с состоянием пациента, повысить терапевтический комплаинс, предотвратить осложнения, приводящие к инвалидизации, сокращению продолжительности жизни и повысить качество жизни больных СД II типа. Полученные данные необходимо учитывать при разработке программ лечения и профилактики СД в общей клинической практике, наряду с известными соматическими показателями, что предполагает необходимость взаимодействия специалистов разных клинических дисциплин.

#### **Список литературы:**

1. Балаболкин М. И. Новые возможности лечения сахарного диабета типа 2 / М. И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, В. М. Креминская // Ремедиум. 2004. - N 11. — С.28-36.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Diabetes Atlas, 6th ed. IDF, 2015 // [www.idf.org/diabetesatlas](http://www.idf.org/diabetesatlas)

6. 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

**Психология профессионального здоровья - профилактика  
психосоматических заболеваний**

**Натаров В. И.**

Институт повышения квалификации центра «Комплексной защиты  
информации»  
Санкт-Петербург

В психологии профессионального здоровья (ППЗ) исторически сложились два подхода: 1) «от болезни к здоровью» - исследование профессиональных заболеваний; 2) разработка безопасных условий труда и предотвращение травматизма на рабочем месте. Оба эти подхода используются на Западе в лечебной практике врачей и специалистов по профилактике профессиональных заболеваний, которые, начиная с 1996г., проходят 12-месячную подготовку по ППЗ. И аналогичные программы есть в одиннадцати ведущих университетах США, которые доказали свою эффективность в сфере профилактики профессиональных заболеваний [1].

Следовательно, профессиональная подготовка отечественных врачей и психологов в сфере профессионального здоровья является актуальной и, особенно, в области психосоматических расстройств и заболеваний. Так, например, в ряде исследования взаимосвязи профессиональной деятельности и болезней показано, что топ-менеджеры в восемь раз чаще страдают от инфаркта миокарда, чем представители других профессий [2, 6]. Поэтому объектом проведенного исследования были топ-менеджеры компаний - более

100 человек в возрасте от 24 до 60 лет, и 80% которых имели различные психосоматические расстройства (ПСР) [6, 8, 9].

Концептуальной основой проведенного исследования являются идеи Б.Г. Ананьева о билатеральной регуляции целостного поведения человека и основы творческого долголетия индивидуальности [3].

Эти идеи сформулированы в исследовании как гипотезы, что профессиональная зрелость руководителя (ПЗР) является основой профилактики психосоматических заболеваний и что она проявляется, как способность создавать зрелые организационную культуру (ОК) «рабочего места» и корпоративную культуру (КК) регуляции стресса на работе.

И, вторая гипотеза, что недостатки «оргкультуры рабочего места» проявляются, как профессиональная деформация, а недостатки «корпоративной культуры регуляции стресса» проявляются - как профессиональное выгорание персонала [4]. Профессиональное выгорание персонала, как отмечено выше, в 80% случаев имели различные психосоматические расстройства (ПСР) [6, 8, 9]. Поэтому предметом исследования была выбрана профессиональная зрелость руководителя, как основа профилактики их психосоматических заболеваний [7].

Гипотеза исследования: развитие профессиональной зрелости является основой для профилактики профессионального выгорания. И, что, соответственно, недостатки «организации рабочего места» проявляются, как низкий уровень тайм менеджмента и как профессиональная деформация руководителя. А недостатки корпоративной культуры - как низкий уровень стресс-менеджмента и как профессиональное выгорание персонала и руководителя [6; 8].

Методы определялись целями и задачами каждого из этапов исследования и консультирования топ-менеджеров: наблюдение, анализ проблем руководителей, анкетирование, тренинги, факторный анализ и другие [8; 9].

Данные показывают, что у 92% руководителей наблюдались явления психосоматических расстройств. И что уровень профессиональной зрелости

менеджера определяет уровень управленческих компетенций, адекватность и стрессоустойчивость самооценки, гибкость поведения и стрессоустойчивость в конфликтных ситуациях [5].

Анализ данных показывает, что профзрелость менеджера, как форма профилактики профвыгорания проявляется в качествах интеграции основных сфер жизнедеятельности менеджера:

- 1 - здоровье физическое;
- 2 - психологическое здоровье, как качество общения с родными;
- 3 - профессиональная самореализация, как социальное здоровье;
- 4 - нравственное здоровье личности руководителя, как его основные морально-этические ценности [10; 11].

Во-вторых, проф.зрелость проявляется в ориентации на постоянное самообучение и самовоспитание руководителя. Которые, в-третьих, на уровне возглавляемой руководителем организации проявляются как делегирование руководителем своих полномочий своим заместителям – и, соответственно, «снятие» стресса «власти и ответственности», путем распределения ее в своей команде [2].

В четвертых, проф.зрелость, как профилактика ПСЗ проявляется в стремлении создать организационную и корпоративные культуры высшего уровня зрелости, - когда зрелость организационной культуры определяется ее соответствием законодательно правовой базе государства; и социальной справедливостью с позиции персонала организации.

А зрелость корпоративной культуры определяются, в основном, законами командообразования: доверия, честности, порядочности – нравственными и психологическими законами взаимоотношений внутри команды или организации [2].

Выводы: 1. Развитие профессиональной зрелости является основным средством сохранения эффективной профессиональной деятельности и профилактики психосоматических расстройств и заболеваний персонала [6];

2. Качество и содержание развития профессиональной зрелости, как формы профилактики психосоматических расстройств, определяются интеграцией основных сфер жизнедеятельности руководителя [7]. Поэтому предметом врачебной практики и психологии профессионального здоровья должны быть, одновременно четыре уровня организации человека – как целостной психосоматической системы и его систем ценностей:

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

(2) психология общения (тренинги переговоров);

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

(4) самовоспитание как определение общественного, государственного смысла и значения своей профессиональной деятельности (миссия организации, стратегия развития компании, государственные интересы [2]).

3. Наиболее эффективными в лечении и профилактики психосоматических заболеваний является интеграция отмеченных выше двух подходов в психологии профессионального здоровья: «от болезни к здоровью» и «профилактика травматизма» на работе.

4. Стресс и тайм-менеджмент [13, 14], когнитивная терапия в форме социально-психологического тренинга [11, 15], рационально-эмоциональная психотерапия [16, 17], когнитивно поведенческая терапия [4, 17] являются эффективными методами профилактики психосоматических заболеваний и сохранения профессионального здоровья [9, 16] и, соответственно, рекомендуются внедрять в практику врачей и психологии профессионального здоровья на производстве

5. Методические рекомендации для врачей и психологов

профессионального здоровья на производстве:

Когнитивно психологическая терапия психосоматических расстройств

Когнитивная психологическая терапия (КПТ) определяется как любой вид психологической помощи, когда ведущим объектом лечебного воздействия являются когнитивные процессы пациента или, как в случае психологической

помощи, - и субъект их носителя, - для дифференциации с медицинской психотерапией.

Это определяет новизну проведенного исследования, как определение психологической терапия в области психологии здоровья (Г.С. Никифоров) и концепции психологического здоровья менеджеров (С.М. Шингаев), - оказание помощи клиенту, как субъекту лечебного процесса, посредством развития его когнитивных функций и ресурсов его сознания, как личности, субъекта деятельности и индивидуальности (Б.Г. Ананьев). КПТ основана на способностях психолога использовать «внутреннюю картину болезни» в психотерапевтических целях.

Современные исследователи психосоматических расстройств (ПСР) выделяют шесть концепций ПСР, из которых психодинамическая отвечает более всего специфике объекта и предмета нашего исследования (350 директоров на курсах повышения квалификации и которые проходили обследование на предмет профессионального здоровья). Эта концепция рассматривает ПСР как результат нарушения механизмов адаптации к окружающей среде или слабость механизмов психологической защиты. С позиции такого подхода мишенью ПСР могут быть свойства человека как индивида, личности, субъекта деятельности и индивидуальности, - определение содержания и «границ» которых позволяет определить тип ПСР и выбрать адекватные методы профилактики этого расстройства.

Нами выделены 4 типа мишени ПСР: 1 - на уровне индивида, - психофизиологический аспект выгорания, который определяется, в основном, возрастно-половыми и индивидуально типическими свойствами человека и вторичными свойствами индивида - структурой органических потребностей и динамикой психофизиологических функций человека;

2 – на уровне личности больше представлен психологический аспект выгорания, как следствие нарушения межличностных и внутриличностных «границ» человека как личности, которые определяются его статусом в обществе, ролями и ценностными ориентациями, мотивацией поведения,

которые в совокупности или в отдельности могут являться предметом различных тренингов личностного роста:

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

4 – на уровне индивидуальности предполагается целостное взаимодействие с системой мировоззрения, когда формы профессионального выгорания проявляются как потеря смыслов и значения своей профессиональной жизни, например, дауншифтинг. Методы профилактики профессионального выгорания индивидуальности базируются, в основном, на создании профессиональной, организационной и корпоративной культур, реализующих миссию организации адекватно законам государства, потребностям общества и правилам профессиональной субкультуры.

После определения типа ПСР и выбора методик работы с ним, рекомендуется учитывать факторы и уровни, когнитивной организации и зрелости когнитивной адаптации клиента, которых в нашем исследовании выделено 10 уровней и описание которых в виду ограниченности объема тезисов, будут изложены в докладе на конференции - как и семь факторов, которые рекомендуется учитывать и которые определяют проактивную позицию клиента и результативность КПТ в целом.

### **Список литературы:**

1. Никифоров Г.С., Шингаев С. М. Психология профессионального здоровья как актуальное научное направление // Психологический журнал, 2015, Т.36, №2, с.44 -54

2. Натаров В.И., Сарачук Ю.А. Нейроменеджмент – современные подходы в управление человеческими ресурсами. В кн.: Психологическое обеспечение профессиональной деятельности // Материалы научной конференции «Ананьевские чтения – 2014» / Отв. ред. Г.С. Никифоров. – СПб.: Скифия принт, 2014 С. 35-37
3. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды (Человек как предмет познания): В 2-х т. Т.1.– М.: Педагогика, 1980.
4. Александров А.А. Аналиико-катартическая терапия: от теории к практике. Учебное пособие. СПб, Изд. СЗГМУ им. И И. Мечникова, 2012, 91 с.
5. Натаров В.И., Соловьев А.С. Индивидуально-психологические особенности у студентов-заочников и успешность их обучения // Вопросы психологии 1989. №5. С. 52-55
6. Натаров В.И. Система методов профилактики профессионального выгорания топ-менеджеров и HR. В кн.: Психологическое обеспечение профессиональной деятельности // Матер. научно-практ. конференции «Ананьевские чтения - 2014» / Отв. ред. Г.С. Никифоров. – СПб.: Скифия принт, 2014 С. 69-71.
7. Натаров В.И. Группо-аналитическая психотерапия: методы, принципы. Психологический журнал. Т. 15. 1994. С. 127–136.
8. Психология профессионального здоровья. Учебное пособие/Под ред. Проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2006.
9. Натаров В.И. Стресс и тайм менеджмент как методы профилактики заболеваний менеджеров //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Матер. научно-практ. конференции /Под общей ред. В.И. Мазурова.- СПб.: Изд-во Виктория плюс - 2013.С. 14-18
10. Натаров В.И., Немчин Т.А. Нервно-психическое напряжение и психопрофилактика состояния здоровья студентов // Психологический журнал. 1988. Т.9. №3. С. 87 -93
11. Натаров В.И. Влияние курса социально-психологического тренинга на самооценку «Я-образа» // Психологический журнал. 1990. Т.11. №5. С.89 – 104.



12. Натаров В.И. Акмеотерапия: мгновенная психотерапия (психология здоровья), психология субъекта веры (психологии зрелости), социологии успеха (психологии профессионализма) // Журнал практического психолога. 1999. №9. С. 134 -142.
13. Натаров В.И. Методические рекомендации по ведению групп социально-психологического тренинга как активного метода обучения // Вестник Психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1997. №3. С. 3 – 17; №4. С. 3 – 18.
14. Натаров В.И. Активные методы обучения (в соц. и психотерапевтической работе) // Вестник Психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1999. №3. С. 3 – 14
15. Натаров В.И. Нейроменеджмент: две вертикали власти, 5 измерений и 7 уровней надежности HR. В кн.: Фундаментальные проблемы психологии// Материалы научной конф. «Ананьевские чтения – 2015»/ Отв. ред. В.М. Аллахвердов. – СПб.: СПбГУ, Скифия принт, 2015 С. 296-298.
16. Натаров В.И. Развитие профессиональной зрелости топ-менеджеров как профилактика профессионального выгорания и деформации личности руководителей// В кн.: Акмеологические основы профессиональной культуры современного руководителя. СПб.: 2008. С 15-17.
17. Натаров В.И. Развитие акмеологической адаптивности в социокоррекционной, психотерапевтической и консультативной работе. Журнал практического психолога №10-11, 2000 год. С 72 – 88.
18. Натаров В.И. Когнитивная терапия психосоматических заболеваний в практике врачей и психологов. В кн.: Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. Вып.15 под общ.ред. акад.РАН Мазурова В.И.- СПб.: изд-во “Альта Астра”- 2015. С.99 - 108

**Применение краткосрочной гипносуггестивной психотерапии в группе у  
пациентов с органическими и соматогенными психическими  
расстройствами в многопрофильном стационаре  
Обухов Н.В., Дормидонтова Ю.В., Батищева А.М.**

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, отделение психотерапии, Ассоциация  
специалистов в области клинического гипноза  
Санкт-Петербург

Традиционно принято считать, что гипнотерапия является эффективной только применительно к т.н. функциональным нарушениям. Несмотря на появившиеся в современности свидетельства оправданности применения гипноза в т.ч. в паллиативной медицине, данное распространённое мнение продолжает сохраняться.

**Цель нашего исследования** состояла в том, чтобы оценить эффективность и целесообразность применения краткосрочной гипносуггестивной психотерапии в группе (КГСПГ) у пациентов многопрофильного стационара с непсихотическими органическими и соматогенными психическими расстройствами.

**Материалы и методы.** В исследовании принял участие 81 пациент клиник (кардиологических, пульмонологических, эндокринологическом, неврологических и пр.) ПСПбГМУ им. И.П. Павлова с соответствующей основной патологией и пограничными психическими расстройствами. Критериями исключения были противопоказания для лечения гипнозом и посещение только одной лечебной сессии. Среди больных, получивших КГСПГ (основная группа, n=60), была выделена подгруппа с диагнозами исключительно органических и соматогенных расстройств (OPO) (n=15). Остальную часть основной группы (n=45) составили пациенты с диагнозами категории «F4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», а также с коморбидными органическими и невротическими

расстройствами. Частота сеансов – 3 раза в неделю. Длительность – 60 мин. Гипносуггестивная сессия основывалась на смешанной модели (наведение – недирективное, внушения – прямые), включала совместное обсуждение запросов, наведение транса, внушение в соответствии с запросами, выведение из транса. Некоторые больные основной группы также получали психофармакотерапию (ПФТ), иглорефлексотерапию (ИРТ) и не более 3 сеансов индивидуальной психотерапии (ИПТ). В контрольной группе (n=21) пациенты получали только ПФТ, ИРТ и/или ИПТ. Среди них также выделена подгруппа больных с исключительно органическими и симптоматическими расстройствами (ОРк) (n=7). Эффективность КГСПП изучалась посредством опросника SCL-90-R путём сравнения показателей «до» и «после» курса терапии при помощи непараметрического критерия Уилкоксона, а также между выделенными подгруппами при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни.

**Результаты и их обсуждение.** В основную группу вошли 9 мужчин и 51 женщина, средний возраст –  $55 \pm 11$  лет. По завершении лечения была обнаружена значимая ( $p < 0,001$ ) редукция показателей SCL-90-R в основной (полной, n=60) группе по всем шкалам и интегральным индексам с преобладанием выраженности критерия по шкалам депрессии ( $Z = -6,043$ ), тревоги ( $Z = -5,85$ ) и индексу GSI ( $Z = -5,8$ ). В контрольной группе (6 мужчин, 15 женщин, средний возраст -  $59 \pm 9$  лет) не было зафиксировано значимой редукции ( $p > 0,05$ ) по шкалам обсессивности-компульсивности, тревоги, враждебности, фобии, паранойяльности и психотизма.

При сравнении выраженности симптомов психических нарушений в начале лечения между подгруппой ОРо (n=15) и остальными пациентами основной группы (n=45) при помощи критерия Манна-Уитни получена значимая разница только по шкале обсессивности-компульсивности при большей выраженности показателя в подгруппе ОРо, что объяснимо, т.к. многие вопросы данной шкалы ориентированы на выявление нарушений когнитивной

сферы, страдание которой характерно для органического поражения головного мозга.

При сравнительном анализе тех же подгрупп основной группы методом Манна-Уитни после завершения лечения не обнаружено никакой разницы ( $p > 0,05$ ) в показателях SCL-90-R между исследуемой подгруппой и остальными пациентами. Это означает, что уровень редукции симптомов оказался одинаковым у пациентов исследуемой подгруппы и больных с невротическими и коморбидными расстройствами. Другими словами, эффективность КГСПГ при органических расстройствах психики являлась не меньшей, чем при других типах расстройств.

Также обнаружено, что в подгруппе ОР<sub>о</sub> после проведённой КГСПГ регистрируется значимая редукция симптоматики по всем показателям SCL-90-R, кроме шкал враждебности и фобии. При этом пациенты подгруппы ОР<sub>к</sub> ( $n=7$ ) по завершении госпитализации не обнаружили снижение выраженности симптомов по шкалам обсессивности-компульсивности, депрессии, враждебности, фобии, паранойи, психотизма, дополнительных симптомов и интегральным индексам GSI и PSI. Последний компонент анализа принимается во внимание с ограничениями в связи с малочисленностью подгруппы ОР<sub>к</sub>.

Таким образом, эти данные указывают на то, что применение КГСПГ в лечении органических и соматогенных расстройств оказывается более эффективным и охватывающим более широкий спектр симптомов, чем лечебная тактика, не включающая гипнотерапию, и, следовательно, целесообразным у данных пациентов в условиях многопрофильного стационара.

# **Сравнительный анализ уровня алекситимии в ходе психотерапии у больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации.**

**Рюмин А.В.**

Таллинский Центр психотерапии «Imago Arte»

Таллинн, Эстония

Характерной особенностью соматоформных расстройств является появление на фоне психосоциального стресса соматических жалоб при отсутствии морфологических изменений в соответствующих органах. По мнению некоторых исследователей, слабая дифференцированность эмоциональной сферы, недостаточность саморегуляции и саморефлексии приводят к длительной и выраженной нейровегетативной активации в ответ на воздействие стрессора (5). Наличие алекситимического радикала в структуре преморбидной личности является в настоящее время одним из общепризнанных психологических факторов, способных увеличить вероятность возникновения соматоформных расстройств (4, 6, 8). Алекситимия это прежде всего аффективное расстройство, включающее в себя когнитивные нарушения, нарушения символообразования, а также нарушения самоотношения личности и отношения к собственным телесным сигналам. P. Sifneos (7) полагал, что эмоциональная невыразительность создает конфликтную ситуацию в межличностной сфере, а эмоциональное напряжение трансформируется в патологические физиологические реакции.

Изучение алекситимии в системе факторов риска соматоформных расстройств имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе этих заболеваний, долговременного прогноза и организации профилактических мероприятий.

В связи с этим было проведено изучение динамики показателя алекситимии в ходе психотерапии больных с соматоформными расстройствами. В

исследование включены 435 больных с невротическими расстройствами, проходившие курс лечения в Таллинском Центре психотерапии “Imago Arte” (1). 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.).

Определение показателя алекситимии проводилось с использованием Торонтской алекситимической шкалы (3). По этой методике алекситимическими считаются пациенты, набравшие 74 балла или выше, а 62 балла или ниже — неалекситимическими. В группе больных СВД алекситимия была выявлена у 75,2% больных. Алекситимический индекс в этой группе равен: до лечения —  $75,12 \pm 0,42$  балла, после лечения —  $71,78 \pm 0,37$  балла ( $p < 0,01$ ). В группе больных с РА алекситимия была выявлена лишь у 22,6% больных. Алекситимический индекс в этой группе достоверно ( $p < 0,01$ ) ниже: до лечения —  $63,77 \pm 0,59$  балла, после лечения —  $61,08 \pm 0,48$  балла.

Значительное преобладание алекситимических больных в группе СВД объясняется в определенной мере действием защитных механизмов «соматизации» и «вытеснения». В сфере переживания этих пациентов особую значимость приобретают не личностные проблемы, а восприятие и переработка функциональных соматических нарушений. Снижение алекситимического индекса в ходе психотерапии при одновременном уменьшении степени выраженности психогенных соматических расстройств соответствует ослаблению патологических защитных механизмов в результате разрешения внутреннего конфликта и перестройки системы отношений больного. Относительно этой категории больных невротиками представляется наиболее эффективным специфический терапевтический подход, учитывающий при выборе методов психотерапии и ее проведении единство психической и соматической сфер функционирования больных, приобретение пациентами умения противодействовать замыканию на соматической сфере. С

учетом нередко доминирующего у этих пациентов кинестетического способа восприятия и переработки информации важен при психотерапевтических воздействиях акцент на телесном «Я», а также активное использование невербальных методов психотерапии.

Работа в процессе имаготерапии (2) с образами физического и психического Я стимулирует осознание пациентом различных аспектов функционирования телесной и чувственной сферы, способствуя тем самым познанию тонких особенностей проявления переживаний внутреннего мира в жизнедеятельности организма.

Достоверное снижение индекса алекситимии в группе больных СВД свидетельствует об эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий, позволяет сформировать положительную лечебную и жизненную перспективу больного.

#### **Список литературы:**

1. Вассерман Л.И., Рюмин А.В. Сравнительная характеристика динамики аффективно-поведенческих особенностей больных с соматоформными расстройствами и с расстройствами адаптации в процессе психотерапии. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, СПб., 2012, Вып. XII, с.78-83.
2. Рюмин А.В. Имаготерапия больных с соматизированными невротическими расстройствами в амбулаторных условиях: автореф. дис. канд. мед. наук. СПб, 1994.
3. Ересьюко Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие. СПб.: СПб НИПИ им. В.М.Бехтерева, 1994.
4. Garcia Nuñez D., Rufer M., Leenen K. et al. Quality of life and alexithymia in somatoform pain disorder // Schmerz. 2010. Vol. 24, № 1. P. 62-68.
5. Infrasca R. Alexithymia, neurovegetative arousal and neuroticism. An

experimental study // Psychother Psychosom. 1997. Vol. 66(5). P. 276-280.

6. Mattila A.K., Kronholm E., Jula A. et al. Alexithymia and somatization in general population

// Psychosom. Med. 2008. Vol. 70, № 6. P. 716-722.

7. Sifneos P.E. [The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients.](#) // Psychother. Psychosom. 1973. V. 22. P. 255-262

8. Taylor G. J., Bagby R. M., Ryan D. P. Et al. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychosom. Med., 1988, Vol. 50, P. 500-509.

## **Терапия активацией сознания в психотерапии пациентов с ипохондрической патоперсонологией при соматоформных расстройствах**

**Савельева С.Н.**

Ассоциация Специалистов в области Клинического Гипноза

Санкт-Петербург

За последние годы в психотерапевтической практике всё больше обращений пациентов с жалобами симптоматического соматического характера, в которых звучит психотравма. Зачастую эти обращения с «последней надеждой» и по «направлению врача-терапевта», так как «с анализами и исследованиями всё в порядке». Дефицитарность психообразования среди населения привела к тому, что психогенные нарушения, которые скрываются за маской соматических симптомов (соматоформные расстройства по МКБ-10 – СФР), не диагностируются своевременно, а пациенты не получают психотерапевтической помощи за счёт обильной «медикаментозной симптоматической шлифовки» (С.Г. Гринвальд, Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, 2010).

Подобные случаи СФР клинически проявлены в кардиальной, дыхательной, пищеварительной, и, в меньшей степени – мочеполовой системах, что затрудняет распознавание, верную трактовку первопричины. Врачи



соматической практики часто ведутся на симптомы, транслируемые пациентами, которые личностно меняются на фоне переживаемого недуга. Одним из передовых патопластически обусловленных феноменов «внутренней картины болезни» при СФР является ипохондрическое отношение к себе. Пациенты тщательно и многократно проходят обследования соматического толка невзирая на положительные результаты, свидетельствующие о телесном этиопатогенезе. Так формируется тенденция к изменению личности по ипохондрическому типу, что усугубляет как проведение психотерапии, так и установление контакта с пациентом, и его близкими.

Психотерапия является методом первого выбора при СФР, однако времени на её проведение не так много, учитывая режим активности современного человека. К сожалению, времени на восстановление, реабилитацию, абилитацию, и, уж тем более – психотерапию СФР, не так много, как хотелось бы. И, порой, в условиях государственных клиник неврозов, где в доминанте фармакопсихотерапия и минимум врачебного внимания на общение с пациентами, невозможно использовать краткосрочные вариации душесловия (С.Б. Соломко).

Клинический гипноз, особенно в формате групповой психотерапии, использовался в отечественной медицине (П.И. Буль, 1985; Г.П. Андрух, 2010; В.Г. Евтушенко, 2014). Однако подобный курс психотерапии не давал возможности индивидуально и качественно подходить к каждому пациенту, что часто приводило к не разрешению психогении и повторным госпитализациям. Наблюдения последних лет свидетельствуют об усугублении подобных рецидивов, переводя их в разряд «... третьего порядка» (В.Ю. Макулов, А.В. Бессмертный, 2015) – отчаяние, депрессивные состояния, которые по наитию клинических протоколов, в большинстве поддаются «лишь терапии антидепрессантами», минуя первопричину. Преодоление невротических рецидивов, в т.ч. и с психосоматическими симптомами, отмечается в новых публикациях специалистов, применяющих метод терапии

активацией сознания – ТАС (А.В. Бессмертный, Ж. Беккио, 2017). Результаты психотерапии ТАС помогают управлять памятью, вниманием и активностью сознания, тем самым, не позволяя пациенту фокусироваться на симптоматике, заостряя ипохондричность личности.

Учитывая запросы на краткосрочную помощь при СФР и наличие инновационных методов / методик / практик психотерапии, нами решено провести пилотажное исследование на подтверждение эффективности ТАС при ипохондрическом развитии личности на фоне СФР. Представим некоторые методологические основы и дизайн исследования.

При межклиническом отделении психотерапии ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова на протяжении 2017 – 2019 гг. запланировано проведение исследования по определению качества краткосрочной психотерапии на основе ТАС. Будет обследовано 100-150 пациентов (мужчин и женщин среднего возраста 30-40 лет), обнаруживающих ипохондрическую симптоматику при СФР.

Первую группу (50-70 человек) составят пациенты, которые будут проходить традиционную клиническую гипнотерапию в групповом формате на протяжении 15 дней. Вторую группу составят пациенты (50-70 человек), которые будут краткосрочную психотерапию на основе ТАС. Результаты будут оценены с помощью предварительного и заключительного («до» и «после» психотерапии) психодиагностического обследования с применением методик ММРІ; нейропсихофизиологических измерений биопотенциалов головного мозга (ЭЭГ, МРТ, замеров биологически обратной связи).

Цель исследования – на основе психодиагностического, патоперсонологического, клинико-психофеноменологического, нейрофизиологического изучения пациентов с ипохондрическим развитием личности при СФР, разработать систему их краткосрочной психотерапии, используя наработки ТАС и современного клинического гипноза.

Полученные данные могут быть применены для оптимизации психотерапевтической помощи, снижению рисков регоспитализаций и

госпитализаций на донозологическом этапе развития психосоматической симптоматики.

## **Ступенчатый диссоциативный рескриптинг и реассоциирование ранних воспоминаний**

**Снигур В.С.**

Международное общество гипноза (ISH)

Москва

### **Введение**

*Работа с ранними травматическими воспоминаниями используется в разных направлениях психотерапии в лечении широкого спектра расстройств. В литературе неоднократно было показано, что анамнез ранних психологических травм связан с развитием пограничной организации личности (Herman et al., 1989), соматизированных расстройств (Saxe et al., 1994), диссоциативных расстройств (Saxe et al., 1993) и других состояний. Эффективность методов, направленных на модификацию воспоминаний в воображении, была продемонстрирована разными авторами (например, Layden et al., 1993; Giesen-Bloo et al., 2006; Smucker, Neiderdee, 1995; Wild et al., 2007, 2011;). В современной когнитивно-поведенческой терапии техники рескриптинга в воображении применяются для работы с ранними дезадаптивными эмоциональными схемами или с глубинными эмоциональными убеждениями (Arntz, Weertman, 1999; Stopa, 2009). Cooper et al. (2007) показали эффективность единичного сеанса рескриптинга в коррекции глубинных эмоциональных убеждений у пациентов с нервной булимией. Иначе говоря, работа с воображением оказывается весьма полезной при лечении многих тяжёлых эмоциональных расстройств.*

*Возможность сочетания когнитивно-поведенческой психотерапии с гипнозом ранее уже обсуждалась в литературе (например, Kirsch et al., 1995). Было продемонстрировано, что сочетание КПТ с гипнозом повышает эффективность методов КПТ (например, Roy, 2014). Ряд авторов описывают техники и стратегии сочетания гипнотических и когнитивных интервенций в лечении различных эмоциональных расстройств (например, Dowd, 2000; Alladin, 2008). Работа с воображением традиционно рассматривается как один из ключевых подходов в применении гипнотических интервенций.*

*Многие специалисты отмечают, что работа с ранними травматическими воспоминаниями может быть весьма ресурсоёмкой как для пациента, так и для терапевта, и бывает сопряжена с выраженными эмоциональными всплесками. В этой работе автор приводит описание техники, которая предоставляет и пациенту, и психотерапевту дополнительные инструменты для управления ходом процедуры и стабилизации эмоционального состояния пациента. Принцип диссоциирования интеллектуального и эмоционального содержания воспоминаний с примерами был описан у Эриксона и Росси (Erickson, Rossi, 1979).*

#### Техника

Приведённый ниже вариант рескриптинга представляет собой технику ступенчатого диссоциативного рескриптинга и реассоциирования, комбинирующую в себе классический вариант рескриптинга в воображении с гипнотическими диссоциирующими техниками.

Сама процедура состоит из пяти этапов и выполняется после выявления конкретного раннего травматического воспоминания. Когда воспоминание выявлено, установлены обстоятельства реального события, когнитивные и эмоциональные убеждения, связанные с этим воспоминанием, как правило, можно выявить несовпадение рационального и эмоционального восприятия этого события: «Я понимаю, что это нелогично, что всё давно изменилось, но я так чувствую». В таком случае оправдано использование рескриптинга или

других методов на основе чувственного проживания. Это помогает модифицировать субъективный опыт, связанный с травматическим событием. У этой техники есть несколько особенностей. Она выполняется ступенчато и может содержать несколько ресурсных элементов, которые пациент привносит в воспоминание поочередно. Вначале пациент восстанавливает события воспоминания в первоначальном виде. Затем этапе пациент вносит в воспоминание наиболее простое и логичное изменение, в котором может участвовать какой-то новый персонаж. Далее пациент может ввести в воспоминание ещё одного персонажа, который будет наиболее эмоционально значимым для пациента. На третьем этапе новый, более эмоционально значимый персонаж может заменить собой старый, либо эти персонажи могут присутствовать одновременно. Ход процедуры может определяться и регулироваться совместно пациентом и терапевтом, однако терапевт также может занимать более активную позицию и направлять ассоциации пациента по направлению к заранее обозначенным терапевтическим целям.

Далее следует поэтапное описание техники с примерами реплик психотерапевта.

1. На первом этапе, после того как выяснены обстоятельства события и связанные с ним убеждения и аффективные переживания, совместно с пациентом обсуждаются возможные варианты модификации этого воспоминания. Как правило, рескриптинг включает введение в ситуацию ресурсной фигуры, которая оказывает необходимую помощь пациенту и меняет обстоятельства ситуации. В случае ранних воспоминаний это может быть «взрослая версия» пациента, кто-то из его близких родственников, друзей, психотерапевт или кто-то ещё. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента, ситуации, терапевтических отношений или иных факторов степень детальности такого обсуждения может варьироваться. Можно подробно спланировать возможные варианты развития событий шаг за шагом с описанием индивидуальных взаимодействий и реплик, либо возможно более свободное планирование процедуры, где оговариваются

ключевые фигуры, которые должны участвовать в воспоминании, основные изменения, которые должны произойти в ситуации.

2. Второй этап представляет собой, фактически, вариант натуралистичного гипнотического наведения. Цель этого этапа — достичь изменений в текущем состоянии пациента, в котором его внимание избирательно сфокусировано на непосредственной субъективной реальности; он воспринимает происходящее с ним как в большей или меньшей степени произвольное; он поддерживает контакт (раппорт) с психотерапевтом и демонстрирует произвольное реагирование на коммуникацию психотерапевта (см, например, Zeig, 2011).

На этом этапе в воображении создаётся и подробно разрабатывается безопасный контекст, в котором будет происходить визуализация и модификация воспоминания. Пациенту предлагают представить себя сидящим в кинозале с большим экраном, на котором пациент вскоре должен будет увидеть фильм «об этом событии из его жизни». Пациенту предлагается расположиться в этом кинозале в подходящем для этого месте, где у него будет хороший обзор и чувство безопасности. При необходимости можно предложить визуализировать поблизости фигуру психотерапевта, который может выполнять стабилизирующую функцию и сопровождать пациента. Пациенту предлагается подробно представить место, в котором он оказался, задействуя все каналы восприятия (зрение, слух, кинестетические ощущения, запахи и пр.). Особое внимание следует уделить моделированию эмоционального состояния пациента как «спокойного и расслабленного, с чувством заинтересованности и любопытства относительно того, что вскоре будет происходить на экране». Терапевт должен задать рамку происходящего, в которой пациент максимально отстранён от событий, которые он вспомнит с помощью «киноэкрана», и будет воспринимать их исключительно как «объективные факты жизни, обращая внимания только на факты, как это бывает показано в документальной кинохронике».

Такое наведение удобно проводить в виде циклов — рекурсий, где при каждом новом этапе пациенту предлагаются дополнительные детали рамки

происходящего, которые перемежаются с фразами, описывающими и сопровождающими его субъективный опыт от пребывания в кресле кинотеатра и усиливающими эффект «невовлечённого наблюдателя». На первом этапе — спокойствие и любопытство относительно того, что он увидит; на втором — отстранённое наблюдающее отношение «как к кинохронике»; на третьем — ожидание просмотра чёрно-белого фильма без звука как «в немом кино». Затем терапевт предлагает: «Вскоре, когда погаснет свет, киноэкран вспыхнет, и на нём вы увидите начало этого фильма и будете наблюдать за фактами, которые будут разворачиваться перед вами, обращая внимание только на сухие факты и игнорируя прочие детали происходящего». Пациенту несколько раз в ходе этого этапа предлагают описать, что он видит, слышит и чувствует, сидя в кресле этого «кинозала», пока он готовится к просмотру «фильма».

3. Когда установлено стабильное и спокойное состояние, пациент демонстрирует признаки расслабления и готовности продолжать процедуру, терапевт описывает происходящее дальше: «Гаснет свет, киноэкран освещается, и вы видите первые кадры фильма. Опишите, с чего он начинается?» Пациент начинает описание событий, с которых для него начинается этот эпизод воспоминаний. Терапевт несколько раз акцентирует внимание на том, что пациент видит «лишь сухие факты, события, которые разворачиваются перед его глазами, и может наблюдать за ними со стороны как за чем-то, что происходит с кем-то ему совершенно незнакомым». Терапевт сопровождает пациента в этом описании, поддерживая его повествование и следя за тем, чтобы описание было точным, максимально сухим и безэмоциональным, а состояние пациента оставалось достаточно диссоциированным от происходящих событий. Признаки этого — сохраняющееся расслабление, спокойное выражение лица, отсутствие явных спонтанных сдвигов в ритме дыхания и моторике, а также вербальная обратная связь. Пациент доходит до завершающего кадра воспоминания, после чего терапевт подхватывает сопровождение: «Сейчас, когда этот фильм

закончился, экран тухнет, включают приглушённый свет, и вы можете немного отдохнуть и сделать несколько свободных вдохов и выдохов. Антракт. Вы остаётесь в этом кресле и с любопытством ожидаете, когда начнётся следующий фильм».

4. На данном этапе терапевт во время «антракта» предлагает пациенту настроиться на просмотр следующего «фильма»: «Вскоре, когда свет погаснет, экран вспыхнет, и вы увидите ещё один фильм. Он будет начинаться очень похожим образом, и в нём будут происходить похожие события до того этапа, когда в нём не появится новый персонаж. И на этот раз вы будете, подобно режиссёру, следить, чтобы персонаж появился в тот момент, когда в нём появляется необходимость, и, как режиссёр, сможете направлять его действия и управлять ими. Этот фильм будет цветным, и качество картинки будет более насыщенным, но по-прежнему это будет просто видеоряд. Вы сможете управлять камерой и брать более крупный и более общий план, фокусируясь на наиболее важных моментах».

Далее терапевт предлагает, как и на предыдущем этапе, увидеть, как фильм начинается, и добавить дополнительный элемент: «При этом вы можете обратить внимание, что вы можете как будто начать узнавать какие-то детали происходящего как что-то, что вам откликается, что вам смутно знакомо». Терапевт предлагает пациенту смотреть фильм кадр за кадром до того момента, когда он видит, что с его персонажем в фильме начинает происходить «что-то не то», когда он начинает «нуждаться в помощи». Пациент снова описывает происходящие события до этого этапа, после чего терапевт предлагает увидеть, как в этой сцене появляется новое лицо: «Посмотрите, кто этот человек, как он реагирует на происходящее и что он делает». Терапевт ожидает, что пациент начнёт описывать новый ресурсный персонаж, который он выбрал заранее. В описании пациента этот персонаж должен проявить заинтересованность происходящим, сочувствие к персонажу пациента и принять активное участие в том, чтобы изменить ситуацию и помочь пациенту в этой сцене почувствовать себя лучше. Терапевт



поддерживает пациента в этом описании, помогая ему шаг за шагом продвигаться по этапам ситуации, при необходимости давая наводящие комментарии и в косвенной форме высказывая предположения о возможном благотворном развитии ситуации. По мере продвижения и модификации воспоминания терапевт может предлагать пациенту аккуратно «наблюдать за происходящим, начиная чуть больше сопереживать персонажу и замечая в себе отклик на происходящее, подобно тому как мы чувствуем в себе отклик на хороший фильм». Терапевт предлагает пациенту двигаться шаг за шагом до заключительного кадра этого фильма, предлагая пациенту описать его концовку. На этом этапе от пациента ожидается достаточно нейтральное и конструктивное описание позитивных изменений и благополучного завершения ситуации. После этого вновь предлагают сделать паузу, «антракт», в ходе которого пациент может «прочувствовать послевкусие от увиденного фильма».

5. Инструкция для заключительного этапа рескриптинга подразумевает, что теперь пациент вновь увидит фильм, который начинается точно так же, но в нём появится очень важный для персонажа пациента человек, который предоставит ему необходимую помощь и поддержку. Этот этап наиболее гибкий по содержанию и может включать значительную долю творчества. Терапевту необходимо либо заранее продумать возможные варианты происходящего, либо, гибко ориентируясь на обратную связь пациента, предлагать ему возможные варианты развития событий, которые будут подразумевать присутствие и активное участие в ситуации авторитетного и эмоционально значимого для пациента человека. В самом простом варианте на этом этапе можно повторить в общих чертах события предыдущего этапа, просто введя новое действующее лицо или заменив им кого-то из тех, кто там уже был. В подготовительных инструкциях терапевт предлагает пациенту вскоре увидеть «ещё один фильм в цвете и со звуком, в котором вы увидите знакомое начало, но новое развитие событий с участием кого-то очень важного для вас. В этот раз вы начнёте замечать сходство персонажей с теми, кого вы

знаете, и сможете замечать некоторую степень собственной вовлечённости в происходящее, как это бывает при просмотре очень хорошего фильма».

На этом этапе задача терапевта — сопровождать пациента в описании происходящего на экране, обращая больше внимания на реакции, мимику персонажей, слова и реплики, а также на их эмоциональные состояния. Терапевт может здесь занять чуть более активную позицию и моделировать своим ведением возможные реакции значимого для пациента персонажа — его эмоциональные реакции, мотивы и желания предоставить поддержку, помощь и защиту. Цель терапевта в том, чтобы пациент пришёл к благополучному завершению ситуации, в которой персонаж значимого человека предоставляет персонажу пациента всю необходимую помощь и безопасным образом выводит его из этой ситуации. Пациенту можно предложить «оказаться как будто рядом с ними и почувствовать, как меняется атмосфера, ощутить этот контакт между ними и чувство безопасности и спокойствия».

После того как «фильм» закончился, пациенту можно предложить «сохранить и запомнить это ощущение, прочувствовать послевкусие от этого события», после чего мягко завершить процедуру, предложив пациенту сделать несколько вдохов и выдохов и постепенно вернуть себя в кабинет.

#### Клинический пример

Женщина в возрасте немного за тридцать обратилась в связи со злоупотреблением алкоголем, который помогал ей расслабиться, успокоиться, быть более коммуникабельной и весёлой. На начальном этапе работы пациентка выразила заинтересованность в проведении лично-ориентированной психотерапии. Она замужем, есть двое детей, проживает вместе с семьёй, успешно занимается бизнесом. Работа проходила в мультимодальном ключе, сочетающем элементы психоаналитического подхода на основе модели объектных отношений (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015) и схемно-ориентированного подхода (Young, Klosko, Weishaar, 2003). Уровень личностной организации пациентки был расценён как высокоуровневый пограничный. В процессе оценки состояния с помощью

схемного опросника Янга (Касьяник, Романова, 2013; Young, 2005) был выявлен высокий (>50%) уровень активности следующих схем: «высокие стандарты» (100%), «поиск одобрения» (72%), эмоциональная депривированность (60%), недоверие (60%), «дефектность» (56%). В процессе работы стали очевидны нарциссические черты характера, включающие высокую требовательность к себе, обесценивание собственных успехов и положительных качеств, а также критическое и обесценивающее отношение к другим, но, помимо этого, тревожно-избегающие черты, связанные с избеганием ситуаций, связанных с повышенным риском и неопределённостью, в особенности, в бизнесе. На раннем этапе работы у пациентки развились клинические симптомы депрессии, с которыми довольно быстро удалось справиться психологическими интервенциями.

На раннем этапе работы в процессе исследования жёсткого и требовательного отношения пациентки к себе была выявлена крайне критикующая и обесценивающая внутренняя репрезентация, взаимодействия с которой постоянно держали пациентку в напряжении, вызывали чувство безысходности и бессилия. Это проявлялось в самоуничижительных и критикующих мыслях, неуверенности, придирчивости к результатам своей работы, в ожидании критики со стороны окружающих, которые пациентка скрывала под маской отстранённости, некоторой эмоциональной холодности, она старалась дистанцироваться от незнакомых и с трудом шла на контакт с новыми людьми. При исследовании в ролевой игре диады объектных отношений, связанной с этой критикующей репрезентацией, была выявлена репрезентация безвольного и бессильного Я, которое не могло противодействовать критикующей фигуре. Пациентка описывала значительную сцепленность со слабой и бессильной репрезентацией и с трудом могла абстрагироваться от этих чувств. С этой репрезентацией были связаны мысли подобного рода: «У тебя ничего не получится», «Ты ни на что не способна», «Ты не заслуживаешь ничего хорошего» и др. Исследование этой фигуры выявило два эпизода из детского и подросткового возраста

пациентки, в которых она чувствовала себя в крайней степени беспомощной и страдала от боли, физического насилия и бесчувственного и даже циничного отношения окружающих.

В первом воспоминании пациентка в возрасте ~6 лет была в больнице, где над ней проводили медицинскую манипуляцию, включающую зондирование желудка. В это время её удерживали несколько человек, она пыталась сопротивляться, но в итоге вынуждена была капитулировать. В это время никого из родственников не было рядом, и никому было её поддержать.

Второе воспоминание также касалось медицинской манипуляции, когда пациентке было около 15 лет: девушке проводили операцию по удалению аппендикса под местной анестезией. Это было «ноу-хау» хирурга, который обосновал такой выбор анестезиологического пособия плохим качеством и опасностью имеющихся препаратов для наркоза. Пациентка ощущала полное бессилие и интенсивную боль в ходе всей процедуры, а также вновь столкнулась с бездушным и циничным отношением персонала. Она описывала, как после завершения операции какая-то женщина, которую пациентка посчитала уборщицей, подошла к операционному столу, взяла из лотка удалённый аппендикс и потрясла им перед её лицом, говоря ей, что всё прошло удачно.

Вспоминая эти эпизоды, пациентка описывала чувство бессилия, беспомощности, безнадёжности, эмоциональную убеждённость, что с ней можно так обращаться — бессердечно и жестоко. Пациентке было предложено провести работу с воображением для модификации субъективного опыта, связанного с данными воспоминаниями.

### Первый сеанс

Для начала было выбрано первое, более раннее воспоминание. На этапе обсуждения рескриптинга пациентка решила внести в это воспоминание свою мать, которая должна была прийти и забрать девочку из этого кабинета, не дав врачам выполнить эту процедуру, поскольку, как считала пациентка, ей эта процедура не была нужна – вероятно, её перепутали с другим ребёнком.

Пациентке было предложено также представить взрослую версию себя в этом воспоминании и сделать то же самое — забрать девочку из этого кабинета и дать отпор персоналу, который так бессердечно с ней обошёлся.

На втором этапе не проводилось никакого формального гипнотического наведения, пациентке было в натуралистичной форме предложено представить, что она находится в кинозале. Пациентка при сопровождении и ведении психотерапевта без труда сфокусировалась на своей внутренней реальности и визуализировала зал кинотеатра с киноэкраном, себя, сидящую в кресле посередине зала, психотерапевта на соседнем кресле, который мог её поддерживать в процессе «просмотра». Ей удалось с лёгкостью развить этот образ в слуховой и кинестетической модальности. В процессе фокусирования внимания пациентка демонстрировала типичные минимальные признаки транса: расслабление мимической мускулатуры, более медленный ритм дыхания, неподвижность, саккады закрытых глаз. В ходе всей процедуры сохранялся вербальный контакт с пациенткой.

Третий этап процедуры рескриптинга прошёл спокойно. Пациентка представила на киноэкране чёрно-белый видеоряд без звука и описала с позиции наблюдателя происходящие там события так же, как описывала ранее.

На четвёртом этапе рескриптинга пациентка представила, как в манипуляционном кабинете в тот момент, когда врачи пытаются начать девочке зондирование, появляется её мама, забирает девочку с собой, успокаивает её и говорит врачам, что они ошиблись.

На пятом этапе пациентка представила, как в кабинете появляется она сама в нынешнем возрасте, отчитывает медицинский персонал за жестокое обращение с девочкой, успокаивает её, берёт на руки и обнимает. В это время на глазах пациентки выступили слёзы, однако она оставалась стабильно сфокусированной на внутренней реальности и поддерживала контакт с терапевтом. После завершения техники, когда пациентка реориентировалась в кабинете, она описала явное ощущение объятий этой маленькой девочки,

которое у неё осталось после рескриптинга. Пациентка очень эмоционально описала свой опыт и сообщила о глубоком чувстве облегчения.

### Второй сеанс

На следующий день был проведён рескриптинг для второго эпизода. До этого пациентка сообщила, что в её семье всегда было крайне уважительное отношение к врачам, поскольку среди её ближайших родственников было много врачей, а её дедушка был уважаемым и известным профессором. Поэтому в разработке второго эпизода было предложено два новых элемента. Вначале пациентка предложила, чтобы в этой операционной в нужный момент появился анестезиолог, который мог бы провести адекватное обезболивание. Затем психотерапевт предложил также ввести в воспоминание образ её дедушки, который мог бы быть для неё эмоционально значимой фигурой и оказать ей важную поддержку. Эту идею пациентка охотно приняла.

Второй и третий этапы рескриптинга в целом не отличались от аналогичных этапов на предыдущем сеансе, однако образ кинозала был несколько иным — на этот раз это был небольшой домашний кинотеатр. На четвёртом этапе рескриптинга пациентка представила, как в момент начала операции в операционной появился анестезиолог, который быстро оценил обстановку, увидел страдания девушки и быстро начал анестезию, после чего она заснула и проснулась после завершения операции, не почувствовав боли. На пятом этапе рескриптинга пациентка, помимо фигуры анестезиолога, используя подсказки психотерапевта, также представила своего дедушку в медицинском халате, который стоял в соседнем помещении, наблюдая за операцией через стекло. Девушке в операционной анестезиолог сообщил, что её дедушка находится рядом и приглядывает за ней. После этого события развивались схожим образом — девушке дали наркоз, и она уснула, проснувшись в палате и обнаружив рядом дедушку, который её обнял и успокоил. После завершения процедуры и реориентации в кабинете пациентка описала свои глубокие эмоциональные переживания и чувство облегчения. Кроме того, некоторое время спустя пациентка сообщила, что во время сеансов чувствовала

спонтанно возникавшее ощущение лёгкости в кистях рук и спонтанные движения пальцев. Это можно объяснить развитием диссоциированного трансоподобного состояния со спонтанными идеомоторными феноменами.

#### Терапевтические элементы

Данная техника, помимо центрального элемента модификации воспоминания в воображении, содержит несколько других элементов, которые могут иметь дополнительную терапевтическую ценность:

1. Ступенчатая структура процедуры обеспечивает постепенное углубление эмоционального опыта и привыкание пациентки к новым переживаниям, а также позволяет поочерёдно добавлять новые элементы и, таким образом, развивать процесс в нужном направлении. Теоретически, количество этапов может меняться в зависимости из клинической необходимости.
2. Диссоциативная техника проецирования воспоминания на «киноэкран» позволяет взаимодействовать с травматическим материалом с минимальной эмоциональной вовлечённостью, вырабатывая стабильную наблюдающую позицию, модулируя восприятие травматического материала, позволяя пациенту адаптироваться к процессу и сохранять ресурсное состояние в ходе процедуры, а также облегчая контакт с психотерапевтом.
3. Постепенное снижение степени диссоциации на каждом этапе (реассоциирование), теоретически, позволяет углубить эмоциональный опыт пациента и сделать его наиболее интенсивным именно на этапе наиболее значимого ресурсного переживания.
4. Пациенту имплицитно предлагается развить в себе активную субъектную позицию, метафорически становясь «режиссёром» того, что с ним происходит в ходе рескриптинга.

#### Дополнительные замечания

В ходе работы психотерапевту следует постоянно отслеживать вербальную или невербальную обратную связь от пациента. В случае значительного и неконтролируемого усиления эмоциональных переживаний терапевт может

вернуться на третий, максимально диссоциированный этап рескриптинга, либо прервать процедуру и использовать интервенции, направленные на развитие навыков эмоциональной регуляции, после чего вернуться к процедуре рескриптинга.

Данная техника в значительной степени опирается на построение гипнотического реагирования и использование техник диссоциации. Психотерапевту полезно владеть основными навыками гипноза, чтобы максимально гибко конструировать и подстраивать технику под индивидуального пациента. Есть данные о том, что индивидуализированная процедура гипнотического сопровождения эффективнее стандартизованного подхода (Barabasz, 2007). Любые отклонения от траектории процедуры могут быть утилизированы психотерапевтом для достижения основной терапевтической цели — снижения интенсивности травматического эмоционального опыта, переструктурирования связанных с ним убеждений и переассоциирования его с участием ресурсных состояний и эмоционально значимых фигур. Принцип утилизации в гипнозе и психотерапии описан в литературе (например, Zeig, 1999).

### **Список литературы:**

1. Alladin, A. *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons: 2008.
2. Arntz A., Weertman A. Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*. 1999;37:715–740.
3. Barabasz A, Christensen C. (2006) Age regression: tailored versus scripted inductions. *Am J Clin Hypn* 2006;48(4):251-261.
4. Cooper, M. J., Todd, G., & Turner, H. The effects of using imagery to modify core emotional beliefs in bulimia nervosa: An experimental pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2007, 21(2), 117-122.
5. Dowd, E. T. *Cognitive hypnotherapy*. Livingston, NJ: Jason Aronson: 2000.



6. Erickson, M. H., Rossi, E. L. *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. Irvington Publishers, New York: 1979.
7. Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., van Tilburg W., Dirksen C., van Asselt T. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63:649–658.
8. Herman, J.L., Perry, J.C., van der Kolk, B.A. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1989 Apr;146(4):490-5.
9. Kirsch, I., Montgomery, G., Sapirstein, G. Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(2):214-220.
10. Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A., Morse, S.B. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon: 1993.
11. Roy PK. Efficacy of combined cognitive-behavior therapy and hypnotherapy in anorexia nervosa: a case study. *Int J Clin Exp Hypn*. 2014;62(2):224-30.
12. Saxe GN, Chinman G, Berkowitz R, Hall K, Lieberg G, Schwartz J, van der Kolk BA. Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1329-34.
13. Saxe GN, van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 1993 Jul;150(7):1037-42.
14. Smucker M.R., Neiderdee J. Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice* 1995;2:63–93.
15. Stopa L. How to use imagery in cognitive-behavioural therapy. In: Stopa L., (Ed.). *Imagery and the threatened self*. Routledge; New York: 2009.
16. *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder A Clinical Guide*. Edited by Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D.; John F. Clarkin,

- Ph.D.Otto F. Kernberg, M.D. American Psychiatric Publishing, Washington, 2015; 411 pp.
17. Wild, J., Clark, D.M. Imagery Rescripting of Early Traumatic Memories in Social Phobia. *Cogn Behav Pract.* 2011, 18(4), 433–443.
  18. Wild J., Hackmann A., Clark D.M. When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2007;38:386–401.
  19. Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York, NY: Cognitive Therapy Center
  20. Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.
  21. Zeig, J. (2011) Hypnotic induction. In C. Loredi, J. Zeig, & G. Nardone (Eds.), *Tranceforming Ericksonian methods* (pp.43–58). Phoenix, AZ: The Milton H. Erickson Foundation Press.
  22. Zeig, J. The Virtues of Our Faults: A Key Concept of Ericksonian Therapy. *Sleep and Hypnosis.* 1999;1:129-138.
  23. Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. – СПб: Изд-во Политехн. Ун-та, 2013. – 120.

**Практики осознанности в психотерапии психосоматических расстройств**  
**Сучилина Д.Н.**

Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии  
Москва

**Осознанность как научный конструкт и психотерапевтический метод**

Понятие осознанности (mindfulness) завоевывает всё больше внимания в современной психологии, психотерапии, нейробиологии, педагогике. В той или иной интерпретации осознанность фигурирует в большинстве

психотерапевтических подходов и может считаться транстеоретическим конструктом. «Представители любых клинических направлений применяют осознанность в своей работе, будь то психодинамические психотерапевты, которые работают, в первую очередь, рационально; когнитивно-поведенческие терапевты, которые разрабатывают новые, более эффективные и структурированные интервенции; или гуманистические психотерапевты, которые подталкивают своих клиентов к тому, чтобы глубже соприкоснуться с их «переживаемым опытом». Общий терапевтический вопрос звучит так: «Как я могу помочь пациенту отнестись с большим пониманием и осознанностью к его или ее переживаниям в данный момент?» (Didonna, 2009, с. 24).

Осознанность в современном понимании, обусловленном взаимовлиянием Западного научного метода и Восточных духовных практик, определяется как способность намеренно оставаться в контакте с текущими переживаниями без их оценивания (Kabat-Zinn, 1990). Два ведущих подхода, предназначенных для развития осознанности в терапевтических целях, - это основанное на осознанности снижение стресса (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) и основанная на осознанности когнитивная психотерапия (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT). MBSR – это структурированная программа с использованием конкретных протоколов лечения, которая изначально была разработана для работы с хронической болью, а теперь широко применяется для снижения выраженности психических патологий, связанных не только с хроническими болезнями, но и с разного рода эмоциональными и поведенческими нарушениями (Bishop et al., 2006). MBCT стала продолжением MBSR и была разработана для работы со случаями рекуррентной депрессии в целях предотвращения повторения депрессивных эпизодов в будущем (Segal, Williams, Teasdale, 2002). Стандартная форма реализации обоих этих видов психотерапии – групповые двухчасовые занятия, которые проходят раз в неделю на протяжении 8-10 недель. Также в этих подходах подчеркивается значимость ежедневного выполнения домашнего

задания для поддержания регулярной практики, а по итогам программы проводится, как правило, однодневное выездное занятие – ритрит (Mars, Abbey, 2010). Основой для развития осознанности служат разные формы медитации, которые предлагаются пациентам в отрыве от любых духовных, религиозных и эзотерических ассоциаций, - как тренинг развития определенного качества внимания и установок по отношению к собственным мыслям, эмоциям и физическим ощущениям.

MBSR и MBCT продемонстрировали высокую эффективность при лечении тревожности и депрессии, как в клиническом, так и в не клиническом сеттинге (Abbott et al., 2014). Мета-анализ результатов воздействия MBSR на психическое здоровье взрослых пациентов с хроническими заболеваниями показал небольшое, но позитивное влияние на состояние пациентов с депрессией и тревожностью и переживающих психологический дистресс (Bohlmeijer et al., 2010). Исследования показывают, что MBSR и MBCT приводят к улучшению состояния здоровья и качества жизни у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижают вызванный болезнью дистресс, а также позволяют добиться снижения артериального давления и улучшения показателей гликемического контроля у пациентов с диабетом (Abbott et al., 2014). Тем не менее, в научном сообществе все еще возникают противоречия относительно того, насколько интервенции, основанные на осознанности, способны приводить к изменениям физиологического функционирования организма, в том числе в случае развития психосоматических расстройств.

### **Психосоматические расстройства как воплощенная неосознанность**

Далеко не первое десятилетие научное сообщество считает неоспоримой концепцию единства тела и психики. «Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные реакции обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение и, возможно, резистивность к терапии» (Любан-Плоцца, Пёльдингер, 2000, с. 26). В связи с возрастающим вниманием психологов к телу человека возникло целая область

междисциплинарных исследований – психология телесности. Ее можно определить как «науку о душевно-телесном соответствии (конгруэнтности)», предметом изучения которой являются «конгруэнтные психологические, биологические и смысловые аспекты телесности» (Газарова, 2002, с. 11).

Известно, что в случае нарушения слаженной работы тела и психики возникают разного рода патологии, в том числе психосоматические расстройства. Соматическая патология часто является результатом искаженных взаимоотношений между телом и внешним миром, при которых тело («не символическая система») реагирует на трудности тогда, когда сознание (т.е. «символическая система») не способно отреагировать адекватно и в полной мере (Висси, 1997). Это происходит, в том числе, тогда, когда сам человек не осознает взаимного влияния психических и физиологических процессов и склонен относиться к собственному организму как к объекту воздействия или к обособленному инструменту удовлетворения потребностей. Е. Газарова указывает на три возможные причины, которые породили в обществе стремление к «рабовладельческим взаимоотношениям» человека со своим телом (Газарова, 2002, с. 12-13):

- непонимание его устройства и функционирования, неумение придавать значимость неожиданным и иногда социально неуместным его реакциям;
- наличие феномена боли, которую человек склонен избегать или трактовать как знак несправедливости и наказания;
- подверженность тела смерти: оно служит постоянным напоминанием о конечности существования, а потому пугает и отталкивает.

В наши дни считается, что патологии, приводящие к формированию психосоматических расстройств, происходят из-за нехватки одного или нескольких ментальных навыков. Так, предполагается, что общим свойством психосоматических больных является алекситимия (дословно – «эмоции без слов»), которая выражается в недостаточной способности к выражению своих чувств и фантазированию (Жариков, Тюльпин, 2009). Помимо алекситимии, при оценке риска развития психосоматических реакций учитываются такие

факторы, как система отношений человека с окружающими, период жизни с точки зрения развития личности, уязвимость конкретных органов и систем, физическое окружение, а также отношения с лечащим врачом или психологом (La Barbera et al., 2017).

Согласно этой концепции, соматический симптом проявляется в отсутствии ментальной репрезентации аффективных процессов – иными словами, когда реакция на жизненные обстоятельства не нашла доступа к психике («символической системе»). Если пациент с проблемами невротического спектра при столкновении с внутриличностными конфликтами прибегает к психологическим защитным механизмам для снятия напряжения, спровоцированного тревогой, то пациенту с психосоматическими расстройствами не хватает способности к символизации, в связи с чем единственным каналом разрядки внутреннего напряжения становится тело. В отличие от здоровых индивидов, для пациентов с алекситимией многие факторы стресса становятся невыносимыми в связи с неспособностью ментально обработать собственную реакцию на них, и тогда включаются более архаичные психологические и биологические защиты на уровне конкретных органов или целых систем (La Barbera et al., 2017).

Возвращаясь к теме осознанности как особой формы безоценочного внимания к текущим переживаниям, можно сказать, что у пациентов с психосоматическими расстройствами отсутствует способность вступать в непосредственный контакт со своими эмоциями и физическими ощущениями, наблюдать за ними с метакогнитивной позиции и, тем более, принимать их с доброжелательностью и искренним любопытством, которые являются неотъемлемыми характеристиками осознанности как психотерапевтического инструмента (Кабат-Зинн, 2001). В связи с этим психосоматические расстройства можно назвать формой воплощенной в теле неосознанности – “embodied mindlessness”, если пользоваться английскими терминами.

**Возможности психотерапевтической работы с психосоматическими пациентами**

С точки зрения психологии телесности, «нормальный биологический организм представляет собой единство множеств... и может, исходя из особенностей текущего момента, самостоятельно выбрать для себя оптимальные состояния и реакции» (Газарова, 2002, с. 34). Практики осознанности действуют в полном согласии с этим определением. Они позволяют выстроить принципиально иные взаимоотношения с переживанием собственных физических ощущений и событий окружающего мира благодаря тренировке навыка осознания текущих переживаний, основанного на установке позволения, и поведенческой ориентации скорее на мудрое взаимодействие, нежели чем на автоматическое реагирование. Как показано на рис. 1, осознанность предлагает альтернативный ответ на реактивные элементы страха и тревоги в теле и сознании. Намеренно вовлекая психические функции высшего порядка, такие как внимание, осознанность и установка на доброжелательность, любопытство и сострадание, человек в состоянии осознанности может эффективно запускать систему контроля над эмоциональными реакциями путем кортикального ингибирования лимбической системы (Didonna, 2009, с. 178-179). Таким образом, практика осознанности не только дает новый взгляд на внутренние переживания и внешние события, но еще и предоставляет доступные средства регуляции процессов, основанных на взаимодействии тела и сознания.

### **Факторы эффективности практик осознанности при работе с психосоматическими расстройствами**

В заключение можно обобщить, чем всё же определяется обоснованность применения практик осознанности при работе с психосоматическими расстройствами:

1. За счет развития способности намеренного удержания внимания на выбранном объекте снижается выраженность автоматического реагирования и экспериментального избегания. Важно учитывать, что многие дезадаптивные и устойчивые паттерны мышления, такие как тревога по поводу ожидаемых последствий или руминация, связаны с чрезмерной активацией и

дисрегуляцией симпатической нервной системы, что, в свою очередь, приводит к нарушениям в работе сердечно-сосудистой системы, нейрогуморальной регуляции, метаболизма, иммунных процессов и нейромышечной координации. В этом отношении эффективность практик осознанности как метода регуляции процессов телесности определяется их влиянием на внимание и когнитивную обработку, благодаря которым снижается физиологическое возбуждение и выраженность соматических симптомов (Didonna, 2009, с. 179-180). Кроме того, упражнения на развитие осознанности, такие как сканирование тела, оказывают существенный релаксационный эффект на уровне автономной нервной регуляции, то есть активации парасимпатической нервной системы, причем релаксационный эффект сканирования тела, например, превышает эффект от прогрессивной мышечной релаксации (Didonna, 2009, с. 180).

2. Характерные для практик осознанности ментальные навыки и установки оказывают значительное влияние на активность отдельных зон мозга и организма в целом. Так, систематическая тренировка состояния осознанности приводит не только к большей активации зон левой префронтальной коры головного мозга, отвечающих за переживание положительных эмоций, и снижают активность амигдалы, ответственной за реакцию опасности и страха, но также усиливают периферическую иммунную реакцию организма (Дэвидсон, 2017, с. 196).

3. Практики осознанности усиливают нейронную активность в области инсулы (островок Рейля), который отвечает за ежеминутную interoцепцию – висцеральную чувствительность, а также за обработку текущих физических ощущений, которые формируют внутреннее ощущение «телесного Я» (Дэвидсон, 2017, с. 221). Таким образом, медитативные упражнения на уровне сознания восстанавливают контакт человека с собственным телом и достраивают недостающие элементы самовосприятия, нехватка которых изначально приводит к активации архаичных защитных механизмов в момент



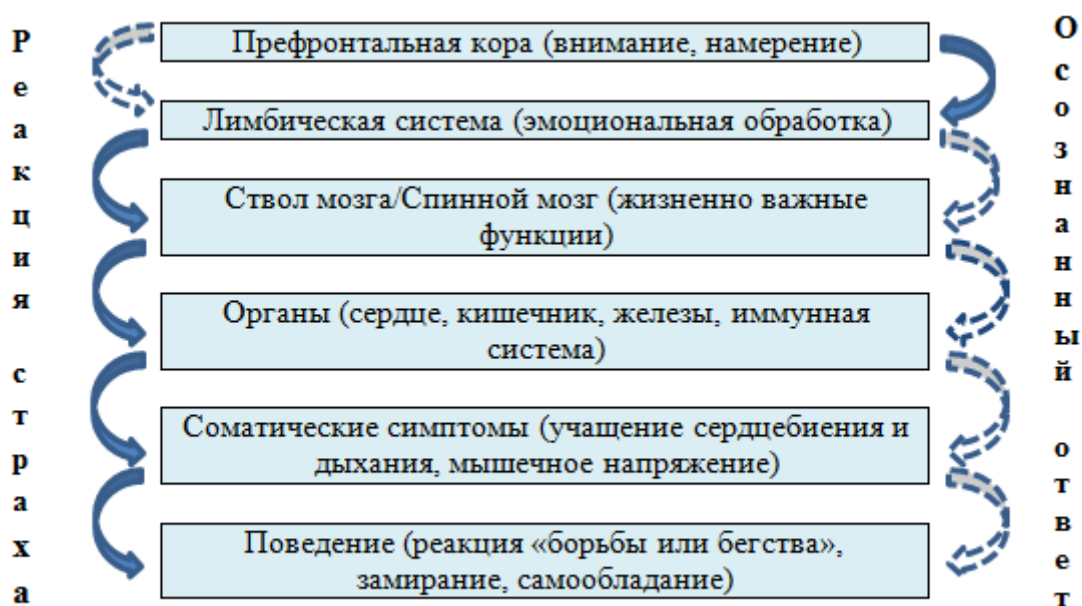
столкновения с травмирующими эмоциями и последующему формированию психосоматических заболеваний.

4. Положительный эффект практик осознанности на состояние здоровье определяется также тем, что они способствуют большей поведенческой гибкости в тех состояниях, которые прежде ассоциировались у пациента с дезадаптивной ригидностью, - например, в ситуациях избегания болезненных переживаний или определенных физических ощущений (Дэвидсон, 2017, с. 197).

## Приложение

Рис. 1

**Сравнение автоматической реакции и осознанного ответа на внутреннее переживание страха.**



В случае возникновения реакции страха мыслительные центры высшего порядка в префронтальной коре "выключаются" (изображено пунктирной линией слева), поэтому ответное состояние сознания/тела определяется субкортикальной лимбической системой. При отсутствии контроля со стороны сознательного мышления активация нервных связей, отвечающих за

страх в лимбической системе, стимулирует симпатические нейроны, которые выходят из ствола мозга, спускаются по спинному мозгу и иннервируют внутренние органы, чтобы подготовить тело к выраженному защитному поведению (например, реакция "борьбы или бегства" - изображено на рисунке сплошными линиями слева). Осознанность может активизировать, "включить" зоны префронтальной коры (сплошные линии справа), которые, в свою очередь, могут снизить реактивность эмоциональных нейронных связей, вызванное страхом нервное возбуждение и автоматическое поведение (пунктирные линии справа).

### **Список литературы:**

1. Газарова Е.Э. Психология телесности. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2002. – 192 с.
2. Дэвидсон Р., Бегли Ш. Эмоциональная жизнь мозга. – СПб.: Питер, 2017. – 256 с.
3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 832 с.
4. Кабат-Зинн Дж. Куда бы ты ни шел – ты уже там. Медитация полноты осознания в повседневной жизни. М.: «Класс», 2001. – 208 с.
5. Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб: Издание научно-исследовательского Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2000. – 288 с.
6. Bishop S.R., Lau M.A., Shapiro S., Carlson L., Anderson J.W., Carmody J., et al. Mindfulness: a proposed operational definition. // *Clinical Psychology*. 2006, 11. – с. 230-241
7. Bohlmeijer E., Prenger R., Taal E., Cuijpers P. The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Mental Health of Adults with a Chronic Medical Disease: a Meta-Analysis // *Journal of Psychosomatic Research*. 2010, 68. – с. 539-544.

8. Bucci, W. Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization // *Psychoanalytic Inquiry*. 1997, 17. – с. 151–172.
9. Didonna, F. *Clinical Handbook of Mindfulness*. – New York: Springer, 2009. – 535 с.
10. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. - New York: Delacorte, 1990.
11. La Barbera, D. et al. Alexithymia and personality traits of patients with inflammatory bowel disease, 2017 // *Scientific Reports*. 2017, 17.
12. Mars T.S., Abbey H. Mindfulness Meditation practice as a healthcare intervention: a systematic review // *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13, 2010. – с. 56-66
13. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse*. – New York: Guildford Press, 2002.

**Границы применения индивидуальной личностно-ориентированной  
(реконструктивной) психотерапии при соматоформных расстройствах**

**Ташлыков В.А.**

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И.

Мечникова

Санкт-Петербург

Имеются ли абсолютные или относительные показания и противопоказания к применению индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии при различных видах невротических расстройств? Какими критериями при этом может пользоваться психотерапевт и связаны ли они с типом невротического расстройства, особенностями личности пациентов, их мотивацией к психотерапии, возрастом? Должен ли

психотерапевт стремится применить данный метод во всех случаях обращения пациентов за помощью или отказать некоторым категориям невротиков?

Ответы на эти вопросы должны обозначить границы или их отсутствие для использования индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Теоретические положения оригинального отечественного метода психотерапии и практический опыт применения его позволяют уточнить проблему границ этого метода. Достижение основных задач данного метода (распознавание и осознание пациентом связей развития невроза и нарушенных значимых отношений личности, их коррекция с целью адаптации и контролю действительности) требует от пациента необходимого уровня мотивации к психотерапии и определенных интеллектуальных и эмоциональных ресурсов.

Показания к применению индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут определяться клиническими, личностными и мотивационными особенностями пациента. В соответствии с этим абсолютными противопоказаниями являются отсутствие мотивации к психотерапии, низкий интеллект, отсутствие способности к рефлексии. Относительными противопоказаниями являются ипохондрическое расстройство, низкий уровень эмпатии, выраженные эмоциональные расстройства (интенсивные панические атаки, тяжелая депрессия), отчетливая семейная проблематика.

Клиническая практика требует известной гибкости метода психотерапии и возможности оказания помощи широкому диапазону типов пациентов. Групповой вариант этого метода решает данную задачу интеграцией технических приемов из других методов психотерапии (психодрама, поведенческая терапия). Для этой же цели возможно использование трех моделей индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: психотерапия как единственный метод лечения; психотерапия при использовании преимущественно на начальном этапе лечения

психофармакотерапии; интегративный подход в системе личностно-ориентированной(реконструктивной) психотерапии (включение технических приемов когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-терапии, гипно-суггестивных приемов).

Противники интеграции обычно имеют в виду соединение теоретических принципов и практических методов разных направлений психотерапии, например, психоанализа и поведенческой терапии. Сторонники интеграции считают полезным введение в систему основного метода психотерапии отдельных технических приемов из других систем психотерапии без учета теоретических основ этих систем. Многие психотерапевты разных направлений не избегают интегративного подхода. Необходимость воздействий на трехкомпонентную организацию отношений личности (когнитивные, эмоциональные и поведенческие уровни) требуют расширения интеграции технических приемов. На границы интегративного подхода влияют лишь важность сохранения основных принципов личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Что дает применение интегративного подхода в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии? Во-первых, способствует расширению возможностей этого метода психотерапии при оказании помощи различным категориям пациентов. Во-вторых, повышает гибкость и пластичность психотерапевтических воздействий. В-третьих, такой подход повышает эффективность психотерапии. В-четвертых, обеспечивает краткосрочность и экономичность при необходимой эффективности терапии в соответствии с запросом пациентов. В частности, в зависимости от клинического варианта невротических расстройств может быть использована та или иная модель данной психотерапии. В качестве примера рассмотрим модель психотерапии при соматоформных расстройствах.

В этом случае психотерапевтические задачи включают не только запрос пациента на устранение переживаний и соматовегетативных симптомов, но и коррекцию тревожного и депрессивного мышления и поведения, повышение

самооценки, приобретение навыков контроля и совладания с негативными эмоциями, достижение ослабления навязчивой фиксации на симптомах, мобилизации личностных и социальных ресурсов пациента. Наличие глубоко вытесненных значимых переживаний и невротических конфликтов, а также нередко символического (при конверсионных) симптомах) выражения их в клинической картине соматоформных расстройств ограничивает возможности рациональной и когнитивной терапии, адресованных к сознанию пациента.

Наиболее адекватной для решения этих задач является модель краткосрочной интегративной психотерапии с включением когнитивно-поведенческих и гипно-терапевтических техник (курс 5-6 сеансов). Когнитивные техники позволяют заменить дисфункциональные представления на реалистические, добиться коррекции депрессивного мышления и поведения. Поведенческие методики позволяют освоить пациенту релаксацию и мобилизацию активности (имаготерапевтические приемы). Применение гипнотерапии способствует снижению симптоматики, повышению уверенности и надежды на выздоровление. Большинство пациентов с соматоформными расстройствами в соответствии со своей первоначальной пассивной установкой в отношении собственной роли в лечении и магическими ожиданиями с удовлетворением принимают предложение применить гипнотерапию. Однако гипнотерапевтическая работа в эриксоновской модели строится иначе, чем они ожидали, она активизирует воображение пациента, вовлекает его в развитие терапевтически действенных образов, эмоций и ощущений. При решении симптоматических задач в гипнозе используются визуальные эквиваленты сомато-вегетативных проявлений болезни с последующим редуцированием на основе внушений этих параллельных феноменов в субъективном восприятии пациента. Различные гипнотические приемы (прямое внушение, отвлечение, диссоциация, регрессия, символизация и др.) используются при соматоформных расстройствах. При решении патогенетических задач на основе извлечения в гипнотическом трансе ресурсов прошлого личного опыта пациента по преодолению

трудностей формируются устойчивые положительные эмоциональные установки. Сознательная и, особенно подсознательная мотивация к изменениям и выздоровлению усиливается посредством интенсивного переживания в гипнотическом состоянии ситуаций будущего, в которых он чувствует себя уже здоровым. Терапевтические изменения наступают быстрее при интенсивном использовании в гипнотическом трансе метафорической системы внушений.

Таким образом, при применении лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии следует стремиться добиваться соответствия клинических и личностных характеристик пациентов с невротическими расстройствами и подходящей модели этого метода. Границы использования этих моделей с учетом интеграции тех или иных технических приемов других методов психотерапии определяются лишь сохранением при этом основных принципов и установок лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

**Соматоформные расстройства у женщин, перенесших негативный  
сексуальный опыт в анамнезе (психодиагностический и  
психотерапевтический аспект)**

**Фоминых О.С.**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева  
Санкт-Петербург

В настоящее время психотерапевтическая практика в сексологии требует новых подходов к улучшению качества помощи семейным парам. Большинство исследователей говорят о расширении психодиагностической базы для формулирования точных мишеней психотерапии. Одним из самых

сложных контингентов, влияющих на функционирование семейной системы, являются женщины средних лет, перенесших изнасилование в молодом возрасте (т.н.з. «негативный сексуальный опыт» – НСО). Данный нюанс становится одним из основополагающих в выборе супруга и продолжении сексуальной жизни в целом (И.С. Кон, Г.С. Кочарян, В.В. Чугунов, М.В. Маркова).

Женщины, имеющие в прошлом НСО, отличаются характером, стратегиями поведения в выборе партнёров и отношением к себе (В.В. Кришталь). Однако, за последние 10 лет заметно увеличилось число тех, у которых в сочетании с сексуальной психотравмой определяются психосоматические нарушения. К одним из таких относят соматоформные расстройства с акцентом на мочеполовых симптомах (частое мочеиспускание, вагинизм, неприятные ощущения в половых органах и т.д.), подтверждённых наличием психотравмы. Разработка дифференцированной системы психологической коррекции и психотерапии для женщин, и их партнёров нуждается в структурировании алгоритмов, общем пересмотре парадигм, методов / методик / практик.

Указанные обстоятельства послужили основой проведения данного исследования в области компетенции медицинской психологии и психотерапии в сексологической практике.

Цель работы – разработать систему комплексного психологического сопровождения и психотерапии семейных пар, в которых у женщин выявлены признаки соматоформных расстройств (с акцентом на мочеполовой системе) на фоне негативного сексуального опыта в анамнезе.

За период 2015 – 2017 годов, на базе частных сексологических клиник, женских консультаций и психотерапевтических центров г. Москва, обследовано 213 женщин, у которых были выявлены признаки НСО в анамнезе. Среди общей выборки, у 32 из них определялись симптомы соматоформных расстройств. 10 психосоматически страдающих женщин жаловались на наличие панических атак. Средний возраст обследованных составил 34 года. 28 женщин состояли в браке. 4 имели нерегулярные



отношения и случайные сексуальные связи. Однако, все женщины жаловались на отсутствие гармоничного секса в партнёрских отношениях и наличие единичных симптомов мочеполового характера, которые не подтверждались лабораторными, специальными данными.

В процессе работы использовались: клиническое нарративное интервью, наблюдение, анкетирование, психодиагностический, клиничко-психофеноменологический, специальный сексологический, математико-статистические методы.

Работа проводилась не только с женщинами, но и с их партнёрами, поскольку эти данные влияли на патогенетическую психотерапию женщин с НСО в анамнезе; а также на формулирование семейного психотерапевтического диагноза и последовательную семейную психотерапию.

В психосексологическом ключе использовались: системно-структурный анализ сексуального здоровья по В.В. Кришталю; методики изучения сексуальных фантазий W. Masters, V. Johnson; классификации клинических типов мастурбации Г.С. Васильченко; исследования психосексуальных типов и психосексуального соответствия по С.С. Либиху; изучения удовлетворённости сексуальными отношениями по шкале сексуальности W. E. Snell, D. R. Papini.

В персонологическом ключе: методика исследования реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина; Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI) в модификации Л. Н. Собчик.

В межличностном ключе: методики исследования конфликтного поведения в браке по К. Томасу в модификации Н.В. Гришиной; исследования супружеского счастья Vienvenu (по С. Schaap); «Измерения установок в семейной паре» и «Диагностика общения в семье» (Ю.Е. Алёшина, Л.Я. Глозман, Е.М. Дубовская).

Исследование делилось на 3 этапа (многоаспектная психодиагностика, психотерапевтическая диагностика и сама психотерапия) и продолжалось 1 год, включая катамнестическое наблюдение.

По данным многоосевой психодиагностики выявлено искажение всех уровней сексуального / семейного здоровья. Стержневыми факторами в проявлении соматоформных нарушений у женщин являлись внутриличностные (психологические). Усугубляющими – межличностные (социально-психологические). Вторичными факторами («выгодой») были физиологические.

Таким образом, у женщин с соматоформными расстройствами мочеполовой системы, подтверждены признаки НСО в анамнезе.

По результатам психодиагностики разработана комплексная карта психосексуального, индивидуально-психологического, межличностного (семейного) здоровья, позволяющая за первую консультативную встречу поставить точный психотерапевтический диагноз и разработать алгоритм оказания квалифицированной помощи.

Подбор психотерапевтического инструментария сделан с акцентом на краткосрочные продуктивные (симптоматические и патогенетические) изменения у женщин, а также налаживание внутрисемейного общения между партнёрами. Поэтому мы использовали клинический гипноз, методики работы с фокусом внимания, психологическое парное консультирование и семейную психотерапию.

На протяжении 2 месяцев в 92% случаев отмечалось полное возвращение психосоматического, налаживание сексуального и внутрисемейного здоровья. Катамнез на протяжении 1 года подтвердил отсутствие рецидивов.

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  
Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии  
Российская психотерапевтическая ассоциация  
Российское психологическое общество  
Российское общество психиатров  
Бехтеревское психиатрическое общество  
Комитет по здравоохранению  
Правительства Санкт-Петербурга  
Городская психиатрическая больница №7  
имени академика И. П. Павлова  
(Клиника неврозов)

XVII научно-практическая конференция  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИКИ В  
ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»

15 ноября 2017 года

Санкт-Петербург

СБОРНИК НАУЧНЫХ Статей

Под общей редакцией

акад. РАН Мазурова В.И.

Санкт-Петербург  
2017

Подписано в печать 11.11.2017  
Гарнитура Times New Roman. Печать офсетная. Формат 60x90/16.  
Бумага офсетная. Усл. Печ. л. 9  
Тираж 120 экз. Заказ № 3599  
Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии  
Отпечатано в НКО «Ассоциация Когнитивно-Поведенческой Психотерапии»  
197101, г. Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 12, лит. 3